

KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

Penulis :

- Aulia Fatmayanti
- Ernawati Anggraini
- Rani Fitriani
- Ayuk Naimah
- Eva Mesi Setiana
- Siti Sulaimah
- Niken Bayu Argaheni
- Yetti Purnama



KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

**Aulia Fatmayanti
Ernawati Anggraini
Rani Fitriani
Ayuk Naimah
Eva Mesi Setiana
Siti Sulaimah
Niken Bayu Argaheni
Yeti Purnama**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

Penulis :

Aulia Fatmayanti
Ernawati Anggraini
Rani Fitriani
Ayuk Naimah
Eva Mesi Setiana
Siti Sulaimah
Niken Bayu Argaheni
Yetti Purnama

ISBN : 978-623-8051-50-2

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa, Amd.Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Penulis memuji dan mensyukuri keberadaan ALLAH SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya dalam menyelesaikan penyusunan buku Kesehatan Reproduksi Wanita. Penulis mampu memberikan informasi yang lengkap serta dapat memberikan solusi dari permasalahan yang muncul sehingga dapat memberikan pemahaman yang komprehensif tentang fenomena kesehatan reproduksi.

Karena cakupan kesehatan reproduksi yang begitu luas dan permasalahan yang ditimbulkannya begitu kompleks, maka penulis menuangkan sumber-sumber utama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan buku tersebut berjudul “Kesehatan Reproduksi Wanita”.

Pembahasan dalam buku ini meliputi Konsep Kesehatan Reproduksi, Siklus Reproduksi Wanita, Aspek – aspek yang dikaji dalam tahap kehidupan, Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja, Masalah dan Gangguan Kesehatan Reproduksi, Upaya Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita, Permasalahan Dimensi Sosial Wanita, Upaya Mengatasi Permasalahan Dimensi Sosial Wanita.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB 1 KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Kesehatan Reproduksi.....	1
1.2.1 Hak – Hak Kesehatan Reproduksi.....	3
1.2.2 Kesehatan Reproduksi Remaja.....	4
BAB 2 SIKLUS REPRODUKSI WANITA.....	8
2.1 Pengertian Siklus Reproduksi Wanita.....	8
2.2 Proses terjadinya menstruasi.....	9
2.3 Hormon-hormon yang memengaruhi siklus menstruasi.....	11
2.4 Faktor-faktor penyebab gangguan siklus menstruasi	12
2.4.1 Usia.....	12
2.4.2 Berat badan.....	12
2.4.3 Status Gizi.....	13
2.4.4 Tingkat Konsumsi Makanan.....	13
2.4.5 Aktifitas fisik.....	14
2.4.6 Stress.....	15
2.4.7 Konsumsi obat hormonal.....	15
2.4.8 Gangguan endokrin.....	15
2.5 Cara menghitung siklus menstruasi.....	16
2.6 Macam-macam Siklus menstruasi.....	16
2.6.1 <i>Eumenorrhea</i> (Normal).....	16
2.6.2 <i>Polimenorrhea</i>	16
2.6.3 <i>Oligomenorrhea</i>	16
2.6.4 <i>Amenorrhea</i>	17
2.7 Gangguan siklus menstruasi.....	17
2.7.1 Polimenorea.....	17
2.7.2 Oligomenorea.....	17
2.7.3 Amenorea.....	17
2.8 Gangguan volume dan lama haid.....	18
2.8.1 Hipermenorea (menoragia).....	18
2.8.2 Hipomenorea.....	19
2.9 Gangguan lain terkait haid.....	20
2.9.1 Dismenorea.....	20

2.9.2 Pre Menstrual Syndrome/Tension	21
2.9.3 Pre Menstrual Syndrome/Tension	22
BAB 3 ASPEK ASPEK YANG DI KAJI DALAM TAHAP	
KEHIDUPAN	25
3.1 Pendahuluan	25
3.2 Aspek Fisik	25
3.2.1 Perkembangan Fisik.....	25
3.2.2 Cairan dan elektrolit.....	30
3.2.3 Personal hygiene	31
3.2.4 Istirahat – tidur.....	32
3.2.5 Kebutuhan Cinta	33
3.2.6 Aktualisasi diri	33
3.2.7 Rasa aman dan nyaman.....	34
3.3 Aspek Psikososial.....	34
3.3.1 Tahap 1 (Perkembangan kepercayaan vs Ketidak percayaan).....	34
3.3.2 Tahap 2 (Perkembangan otonomi vs rasa malu & keraguan)	35
3.3.3 Tahap 3 (Perkembangan prakarsa vs rasa bersalah).....	36
3.3.4 Tahap 4 (Perkembangan industry vs inferioritas)	36
3.3.5 Tahap 5 (Perkembangan identitas vs kebingungan).....	36
3.3.6 Tahap 6 (Perkembangan keintiman vs isolasi)	37
3.3.7 Tahap 7 (Perkembangan generatitas vs stagnasi).....	37
3.3.8 Tahap 8 (Perkembangan integritas vs keputusasaan)	37
BAB 4 ASUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	40
4.1 Pengertian Remaja	40
4.2 Tahapan Remaja	41
4.3 Perubahan Fisik Remaja.....	42
4.4 Tugas Perkembangan Remaja	42
4.5 Ruang Lingkup Kesehatan reproduksi dalam siklus kehidupan.....	43
4.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Remaja	46
4.7 Kebutuhan Riil Remaja.....	46

4.8 Hak-Hak Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi.....	47
4.9 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja.....	49
4.10 Penanganan Kesehatan Reproduksi Remaja	51
4.11 Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja	51
4.11.1 Tujuan Asuhan Kesehatan Resproduksi Remaja	53
4.11.2 Kebijakan Dan Strategi Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	53
4.11.3 Ruang Lingkup Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja	54
BAB 5 MASALAH DAN GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI.....	56
5.1 Pengertian Gangguan Kesehatan Reproduksi	56
5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi ..	56
5.3 Masalah Kesehatan Reproduksi	57
5.3.1 Masalah Reproduksi	57
5.3.2 Masalah Gender Dan Seksualitas	57
5.3.3 Masalah Kekerasan Dan Perkosaan Terhadap Perempuan.....	58
5.3.4 Masalah Penyakit Yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual.....	58
5.3.5 Masalah Pelacuran.....	58
5.3.6 Masalah Sekitar Teknologi.....	59
5.4 Macam-Macam Gangguan Kesehatan Reproduksi	59
5.4.1 Gangguan Menstruasi	59
5.4.2 Infertilitas.....	61
5.4.3 Gangguan Sistem Reproduksi Wanita.....	63
BAB 6 UPAYA PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA	76
6.1 Pendahuluan	76
6.2 <i>Health Promotion</i>	78
6.3 <i>Spesific Protection</i>	81
6.4 <i>Early Diagnosis</i>	82
6.5 <i>Disability Limitation</i>	83
6.6 Rehabilitasi (<i>rehabilitation</i>)	84
BAB 7 PERMASALAHAN DIMENSI SOSIAL WANITA.....	88
7.1 Pendahuluan	88
7.2 Kesenjangan Gender dalam Pendapatan.....	89
7.3 Pelecehan Seksual.....	90

7.4 Wanita dengan Kulit Berwarna: Triple Burden.....	91
7.5 Ketimpangan Rumah Tangga.....	92
BAB 8 UPAYA MENGATASI PERMASALAHAN DIMENSI SOSIAL	
WANITA.....	94
8.1 Pendahuluan	94
8.2 Kekerasan.....	94
8.3 Perkosaan	96
8.4 Pelecehan seksual	98
8.5 Single parent	99
8.6 Perkawinan usia muda dan tua.....	100
8.7 Wanita di tempat bekerja	102
8.8 Incest	103
8.9 <i>Homeless</i>	103
8.10 Wanita di pusat rehabilitasi	103
8.11 Pekerja seks komersial (PSK).....	104
8.12 Druge abuse.....	105
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Aulia Fatmayanti

1.1 Pendahuluan

Berbagai masalah reproduksi remaja seperti (perkembangan, ciri-ciri seksual sekunder seperti payudara, kewanitaan yang tidak sehat, pakaian yang tidak tepat), haid, keputihan, kehamilan, penyakit menular seksual, HIV, dll. Penting bagi keluarga selalu menjaga kesehatan reproduksinya agar dapat meningkatkan kesehatannya secara optimal. Kesehatan reproduksi telah menjadi perhatian global sejak pertama kali dibahas oleh PBB pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Kairo, Mesir pada tahun 1994. ICPD berfokus secara khusus pada kesehatan seksual dan reproduksi, hak asasi manusia dan remaja. (Marsiama, 2021)

Kinerja fertilitas yang buruk masih tercermin dari tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Bayi (AKBalita). Masalah kesehatan reproduksi wanita, termasuk perencanaan kehamilan dan persalinan yang aman dan aman secara medis, perlu menjadi perhatian bersama tidak hanya bagi wanita, tetapi ini memiliki implikasi dan kesehatan yang luas. Perawatan yang mempengaruhi banyak aspek kehidupan yang menetapkan standar. (Djama, 2017)

1.2 Definisi Kesehatan Reproduksi

Pengertian kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 adalah “keadaan kesehatan, fisik, mental, emosional, dan sosial yang memungkinkan setiap orang menjalani kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi” (UU Kesehatan 2009). Kesehatan sangat penting dalam kehidupan manusia, dan kesehatan tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan, tetapi juga kondisi fisik yang baik, mental dan kesejahteraan sosial yang baik. (WHO, 1948) (Krisna Triyono and K. Herdiyanto, 2018)

Selain itu, kesehatan dapat diartikan sebagai keadaan dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan hidup. (Sani, 2011)

Istilah Kesehatan sendiri mengalami perluasan arti. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai: *"a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity"* (Darwin, 2016)

Reproduksi adalah cara dasar pertahanan diri yang dilakukan oleh semua organisme hidup oleh nenek moyang individu organisme untuk menghasilkan generasi berikutnya. Selain itu reproduksi dapat diartikan sebagai proses biologis individu untuk menghasilkan individu baru. Reproduksi umumnya dibagi menjadi dua jenis: seksual dan aseksual. Berdasarkan uraian di atas, kesehatan reproduksi dapat didefinisikan sebagai sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam segala aspek sistem dan fungsi dan proses reproduksi, serta keadaan bebas penyakit dan cacat. (Rahayu *et al.*, 2017)

Empat komponen/program kesehatan reproduksi yang menjadi perhatian di Indonesia yaitu: Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, serta Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang terdiri dari empat program tersebut dinamakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Jika PKRE ditambah dengan pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk Usia Lanjut/Usila, maka pelayanan yang diberikan akan mencakup seluruh komponen Kesehatan Reproduksi, yang disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). (Djama, 2017)

Pelaksanaan pelayanan dasar teknologi reproduksi berbantuan (PKRE) fokus pada pelayanan masing-masing program Ada di tingkat perawatan kesehatan primer. Hal ini Singkatnya, PKRE bukanlah program layanan baru atau program yang berdiri sendiri, tetapi merupakan kombinasi layanan yang berbeda dari program terkait, yang ditujukan kepada pelanggan yang menerima semua layanan, termasuk aspek komunikasi, secara terintegrasi dan berkualitas tinggi. (Djama, 2017)

Dasar pengembangan sektor kesehatan reproduksi adalah rangkaian Konferensi Kependudukan Dunia selama beberapa dekade. Ini dimulai di Roma pada tahun 1954, di Beograd pada tahun 1965, di

Bukares pada tahun 1974, di Mexico City pada tahun 1984, dan akhirnya. Di Kairo pada akhir 1994. Hingga saat ini, hasil dari berbagai konferensi untuk meningkatkan kesejahteraan manusia terus dilaksanakan. Di seluruh negara di dunia, hak kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual diharapkan semakin terpenuhi dengan memaksimalkan penggunaan teknologi. Norma dan nilai kemanusiaan yang adil dan beradab. (Farida Mutiarawati Tri Agustina, 1994)

1.2.1 Hak – Hak Kesehatan Reproduksi

12 Hak kesehatan reproduksi hasil Konferensi ICPD ke-4 di Kairo dan Konferensi Perempuan ke-4 di Beijing meliputi:

1. Hak atas informasi dan pendidikan. Hak atas informasi dan pendidikan tentang masalah kesehatan reproduksi, termasuk jaminan kesehatan dan sosial pribadi atau keluarga.
2. Hak atas kebebasan berpikir meliputi kebebasan dari penafsiran sempit tentang ajaran agama, kepercayaan, filosofi dan tradisi yang membatasi kebebasan berpikir terkait dengan pelayanan kedokteran reproduksi.
3. Hak atas kebebasan dan keamanan. Setiap orang dipercaya untuk menikmati dan mengatur kehidupannya dan tidak akan dipaksa untuk hamil, sterilisasi atau aborsi.
4. Hak untuk Hidup Semua perempuan berhak untuk bebas dari risiko kematian akibat kehamilan.
5. Hak atas perawatan dan perlindungan kesehatan, termasuk informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, martabat, kenyamanan, kesinambungan perawatan, hak berpendapat
6. Memilih kapan dan siapa yang akan melahirkan anak Saya ingin hak untuk melakukannya dia.
7. Penyalahgunaan dan hak untuk bebas dari penyalahgunaan. Ini termasuk hak anak untuk bebas dari eksploitasi seksual dan perlakuan buruk, dan semua hak untuk bebas dari pemerkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual.
8. Hak untuk memilih bentuk keluarga dan hak untuk mencari dan merencanakan keluarga.
9. Hak atas privasi dalam pelayanan reproduksi diwujudkan dalam bentuk kerahasiaan dan perempuan diberikan hak untuk membuat keputusan reproduksinya sendiri.

10. Hak atas persamaan dan kebebasan dari segala bentuk diskriminasi. Termasuk kehidupan keluarga dan reproduksi.
11. Hak untuk mengambil manfaat dari konsekuensi kemajuan ilmiah.
12. Setiap orang berhak untuk mengakses teknologi reproduksi berbantuan dengan menggunakan teknologi terbaru yang aman dan dapat diterima (Nida, 2013)

Selain hak-hak tersebut, Deklarasi ICPD juga mencakup empat hak reproduksi perempuan.

1. Kesehatan reproduksi sebagai bagian dari kesehatan umum sepanjang siklus hidup, baik pria maupun wanita.
2. Keputusan reproduktif, termasuk keputusan tentang pilihan pernikahan sukarela, permulaan keluarga, jumlah anak, waktu dan interval persalinan, dan akses ke informasi dan alat yang diperlukan untuk melaksanakan pilihan sukarela.
3. Keadilan dan keadilan antara laki-laki dan perempuan. Hal ini memberikan individu pilihan bebas dan informasi di semua bidang kehidupan mereka tanpa diskriminasi gender.
4. Keamanan seksual dan reproduksi, termasuk pembebasan dari kekerasan seksual dan pemaksaan, hak atas privasi. (Susiana, 2016)

1.2.2 Kesehatan Reproduksi Remaja

Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja masih tergolong rendah. Remaja putri menunjukkan bahwa mereka tidak menyadari perubahan fisik dalam tubuh mereka, dengan 13-47,9% sama sekali tidak menyadari masa subur dari siklus menstruasi. Selain itu, sebagian besar remaja belum mengetahui cara menghindari penularan HIV. Hanya 14% remaja perempuan yang mengatakan bahwa melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah ilegal, 25% anak laki-laki mengatakan kondom digunakan sebagai perlindungan pra-seksual, dan 8% mengatakan frekuensi hubungan seksual. Penyakit menular dan AIDS mengatakan mereka tidak akan berganti pasangan untuk mengurangi dan menghindari penularan HIV. Selain itu, sebagian besar (47,8%) pasien AIDS di

Indonesia berusia antara 20 dan 29 tahun. (Fatkhayah, Masturoh and Atmoko, 2020)

Kesehatan reproduksi sering disalahartikan secara sempit hanya sebagai hubungan seksual saja, sehingga banyak orang tua yang merasa bahwa topik pembicaraan ini tidak pantas untuk dibicarakan dengan remaja. Padahal, kesehatan reproduksi merupakan keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial yang sangat penting untuk dimengerti oleh remaja, sehingga tidak melulu membahas mengenai hubungan seksual. Keadaan ini tentu berbahaya, tidak adanya informasi yang akurat menyebabkan remaja mencari dan mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber sumber yang kurang terpercaya, seperti temantemannya atau dari mediamedia porno. Oleh karena itu perlu adanya Komunikasi Informasi dan Edukasi yang tepat. (Jurnal and Masyarakat, 2021)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Marsiemi, 2021) pada permainan pendidikan kesehatan reproduksi (KEPO) ini, remaja dapat meningkatkan keterampilan kesehatan reproduksinya, dan kelompok yang tidak diberikan permainan memiliki kemungkinan 8,8 kali lebih besar memiliki keterampilan rendah. Dikembangkan untuk kebutuhan remaja (1215 tahun), game Kesehatan Reproduksi Remaja (KEPO) ini menggunakan animasi 3D untuk menampilkan skor yang selalu ditantang oleh remaja karena menantang. Permainan Kesehatan Reproduksi (KEPO) berdampak positif terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan remaja terkait kesehatan reproduksi. Untuk meningkatkan keterampilan remaja Anda, Anda perlu memainkan game edukasi berulang kali. Salah satu media atau alat yang disukai remaja adalah game. Permainan edukatif merupakan cara yang murah dan efektif untuk mengubah perilaku serta aspek kognitif, emosional dan psikomotorik. Permainan edukatif direkomendasikan sebagai alat yang efektif untuk pendidikan seksual dan reproduksi remaja. Studi tentang game edukasi yang dilakukan di beberapa negara telah membuahkan hasil yang positif. Dampak positif dari bermain game edukasi adalah untuk meningkatkan empat bidang utama: kognitif, motivasi, sosial dan emosional. (Marsiemi, 2021)

Tinjauan studi literatur yang dilakukan oleh rokhmah tahun 2022 menunjukkan bahwa remaja menghadapi banyak hambatan untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi remaja. Beberapa kendala dalam optimalisasi akses pelayanan

kesehatan adalah kurangnya fasilitas untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi. Ini termasuk keterbatasan infrastruktur dan media, biaya yang tak tertandingi oleh remaja, staf yang tidak ramah, kurangnya kerahasiaan dan privasi dalam pemberian layanan, dan masalah sosial dan budaya. Masalahnya, kebijakan pemerintah kurang terkoordinasi. Inovasi dan kebijakan serta program kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif diperlukan untuk memperluas akses layanan kesehatan reproduksi remaja yang peka budaya dan ramah remaja. (Rokhmah, N,2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Darwin, M. 2016. 'Kesehatan Reproduksi: Ruang Lingkup Dan Kompleksitas Masalah', *Populasi*, 7(2). doi: 10.22146/jp.11494.
- Djama, N. T. 2017. 'Kesehatan Reproduksi Remaja', *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 10(1), p. 30. doi: 10.32763/juke.v10i1.15.
- Farida Mutiarawati Tri Agustina. 1994. 'Tinjauan Filsafat Kesehatan Reproduksi Farida', *Kesehatan Reproduksi*, 16424, p. 129.
- Fatkhiyah, N., Masturoh, M. and Atmoko, D. 2020. 'Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja', *Jurnal Abdimas Mahakam*, 4(1), pp. 84–89. doi: 10.24903/jam.v4i1.776.
- Krisna Triyono, S. D. and K. Herdiyanto, Y. 2018. 'Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali', *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(02), p. 263. doi: 10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04.
- Marsiami, A. S. 2021. 'Pengaruh Penerapan Game Edukasi Kesehatan Reproduksi (Kepo) Terhadap Keterampilan Remaja', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(2), pp. 77–84. doi: 10.52657/jik.v10i2.1471.
- Nida, F. L. K. 2013. 'Penegakan Hak Reproduksi Perempuan Dalam Kebijakan Keluarga Berencana Di Indonesia', *PALASTREN Jurnal Studi Gender*, 6(1), pp. 159–184. Available at: <http://journal.iainkudus.ac.id/index.php/Palastren/article/view/982>.
- Rahayu, A. et al. 2017. *Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia, Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Sani, F. N. 2011. 'Hubungan tingkat pengetahuan sehat- sakit dengan sikap mahasiswa Universitas Muhammadiyah Surakarta tentang perilaku hidup bersih dan sehat', *KesMaDasKa*, 2(2), pp. 12–18.
- Susiana, S. 2016. 'Aborsi dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan', *Info Singkat Kesejahteraan Sosial*, VIII(06), pp. 9–12.
- Rokhmah, N. L., Astuti, A. W., Ernawati, D., Anggraeni, W. S., & Sewoko, E. 2022. SCOPING REVIEW: PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA. *Jakayah: Jurnal Ilmiah Umum dan Kesehatan Aisyiyah*, 7(1), 12-26.

BAB 2

SIKLUS REPRODUKSI WANITA

Oleh Ernawati Anggraeni

2.1 Pengertian Siklus Reproduksi Wanita

Siklus menstruasi adalah proses perubahan hormon yang terus-menerus dan mengarah pada pembentukan endometrium, ovulasi, serta peluruhan dinding jika kehamilan tidak terjadi. Setiap bulan, sel telur harus dipilih kemudian dirangsang agar menjadi matang. Endometrium pun harus dipersiapkan untuk berjaga-jaga jika telur yang sudah dibuahi (embrio) muncul kemudian melekat dan berkembang disana. Pendarahan menstruasi dimulai menjelang akhir pubertas. Saat itu anak gadis mulai melepaskan sel telur sebagai bagian dari periode bulanan yang disebut dengan siklus reproduksi wanita atau siklus menstruasi.

Pendarahan menstruasi menandakan bahwa wanita yang mengalaminya tidak hamil. Namun, pendarahan ini tidak bisa dijadikan patokan pasti bahwa kehamilan tidak terjadi, karena ada beberapa wanita yang mengalami pendarahan di awal kehamilannya. Selama usia reproduksi, ketiadaan menstruasi bisa menjadi indikasi pertama bahwa si wanita itu kemungkinan

Siklus reproduksi manusia disebut juga siklus menstruasi yaitu periode dari awal menstruasi sampai awal menstruasi berikutnya. Biasanya pada wanita normal berkisar 28 hari. Siklus reproduksi dapat dibedakan menjadi 2 tahap utama yaitu tahap perkembangan folikel (fase folikuler), dan tahap perkembangan korpus luteum (fase luteal).

1. Fase folikuler, atau disebut juga fase proliferasi, dapat dibedakan menjadi:
 - a. Fase folikuler awal: dimulai sejak akhir fase luteal. Ditandai dengan peningkatan kadar FSH, pertumbuhan folikel dengan pesat, dan kadar E2 dan P tidak ada perubahan yang berarti.
 - b. Fase folikuler akhir: biasanya 7-8 hari sebelum ovulasi. Ditandai dengan peningkatan kadar E2 dan mencapai puncaknya bersamaan dengan LH. Kadar FSH menurun dan

kadar LH naik, kadar P mulai meningkat. Peningkatan kadar E2 dan P menyebabkan sedikit edematus dan vaskularisasi.

2. Fase ovulasi, ditandai dengan puncak sekresi LH dan turun dengan segera (*surge LH*), pecahnya dinding folikel yang diikuti pelepasan sel telur (ovulasi), biasanya terjadi 16-24 jam setelah puncak LH.
3. Fase luteal, atau sekretori: diawali oleh surge LH dan peningkatan kadar P.
4. Fase menstruasi; ditandai dengan perdarahan karena nekrosis endometrium yang disebabkan oleh membran lisosom pecah kemudian membebaskan enzim-enzim yang membentuk PGF2 α . Darah menstruasi mengandung: reruntuhan jaringan (*tissue debris*), PGF2 α , dan fibrinolysin (untuk melisis gumpalan darah) dari jaringan endometrium.

2.2 Proses terjadinya menstruasi

Siklus menstruasi diregulasi oleh hormon. *Luteinizing Hormon* (LH) dan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH), yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis, mencetuskan ovulasi dan menstimulasi ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron. Estrogen dan progesteron akan menstimulus uterus dan kelenjar payudara agar kompeten untuk memungkinkan terjadinya pembuahan (Sinaga et al., 2017). Menstruasi terdiri dari tiga fase yaitu *fase folikuler* (sebelum telur dilepaskan), *fase ovulasi* (pelepasan telur) dan *fase luteal* (setelah sel telur dilepaskan). Menstruasi sangat berhubungan dengan faktor-faktor yang memengaruhi ovulasi, jika proses ovulasi teratur maka siklus menstruasi akan teratur.

Fase-fase yang terjadi selama siklus menstruasi:

1. *Fase folikuler* yang dimulai pada hari pertama periode menstruasi. Berikut ini hal-hal yang terjadi selama fase folikuler:
 - a. *Follicle stimulating hormone* (FSH, hormon perangsang folikel) dan *luteinizing hormone* (LH, hormon pelutein) dilepaskan oleh otak menuju ke ovarium untuk merangsang perkembangan sekitar 15-20 sel telur di dalam ovarium.

Telur-telur itu berada di dalam kantungnya masing-masing yang disebut folikel.

- b. Hormon FSH dan LH juga memicu peningkatan produksi estrogen.
 - c. Peningkatan level estrogen menghentikan produksi FSH. Keseimbangan hormon ini membuat tubuh bisa membatasi jumlah folikel yang matang.
 - d. Saat *fase folikuler* berkembang, satu buah folikel di dalam salah satu ovarium menjadi dominan dan terus matang. Folikel dominan ini menekan seluruh folikel lain kelompoknya sehingga yang lain berhenti tumbuh dan mati. Folikel dominan akan terus memproduksi estrogen.
2. *Fase ovulasi* biasanya dimulai sekitar 14 hari setelah *fase folikuler*. Fase ini adalah titik tengah dari siklus menstruasi, dengan periode menstruasi berikutnya akan dimulai sekitar 2 minggu kemudian. Peristiwa di bawah ini terjadi di fase ovulasi:
- a. Peningkatan estrogen dari folikel dominan memicu lonjakan jumlah LH yang diproduksi oleh otak sehingga menyebabkan folikel dominan melepaskan sel telur dari dalam ovarium.
 - b. Sel telur dilepaskan (proses ini disebut sebagai ovulasi) dan ditangkap oleh ujung-ujung tuba fallopi yang mirip dengan tangan (fimbria). Fimbria kemudian menyapu telur masuk ke dalam tuba fallopi. Sel telur akan melewati tuba Fallopi selama 2-3 hari setelah ovulasi.
 - c. Selama tahap ini terjadi pula peningkatan jumlah dan kekentalan lendir serviks. Jika seorang wanita melakukan hubungan intim pada masa ini, lendir yang kental akan menangkap sperma pria, memeliharanya, dan membantunya bergerak ke atas menuju sel telur untuk melakukan fertilisasi.
3. *Fase luteal* dimulai tepat setelah ovulasi dan melibatkan proses-proses di bawah ini:
- a. Setelah sel telur dilepaskan, folikel yang kosong berkembang menjadi struktur baru yang disebut dengan *corpus luteum*.

- b. *Corpus luteum* mengeluarkan hormon progesteron. Hormon inilah yang mempersiapkan uterus agar siap ditempati oleh embrio.
- c. Jika sperma telah memfertilisasi sel telur (proses pembuahan), telur yang telah dibuahi (embrio) akan melewati tuba fallopi kemudian turun ke uterus untuk melakukan proses implantasi. Pada tahap ini, si wanita sudah dianggap hamil
- d. Jika pembuahan tidak terjadi, sel telur akan melewati uterus, mengering, dan meninggalkan tubuh sekitar 2 minggu kemudian melalui vagina. Oleh karena dinding uterus tidak dibutuhkan untuk menopang kehamilan, maka lapisannya rusak dan luruh. Darah dan jaringan dari dinding uterus pun (endometrium) bergabung untuk memebentuk aliran menstruasi yang umumnya berlangsungselama 4-7 hari (Sinaga, 2017)

Selama menstruasi, arteri yang memasok dinding uterus mengerut dan kapilernya melemah. Darah mengalir dari pembuluh yang rusak, melepaskan lapisan-lapisan dinding uterus. Pelepasan bagian-bagian ini tidak semuanya sekaligus, tapi secara acak. Lendir endometrium dan darah turun dari uterus berupa cairan. Selama menstruasi, arteri yang memasok dinding uterus mengerut dan kapilernya melemah. Darah mengalir dari pembuluh yang rusak, melepaskan lapisan-lapisan dinding uterus. Pelepasan bagian-bagian ini tidak semuanya sekaligus, tapi secara acak. Lendir endometrium dan darah turun dari uterus berupa cairan (Sinaga, 2017)

2.3 Hormon-hormon yang memengaruhi siklus menstruasi

Ada empat hormon yang mengendalikan siklus menstruasi yakni estrogen, progesteron, FSH, dan SH. Berikut adalah penjelasan masing-masing hormon tersebut:

1. Estrogen adalah hormon yang secara terus menerus meningkat sepanjang dua minggu pertama siklus menstruasi. Estrogen mendorong penebalan dinding rahim atau endometrium.

Estrogen juga menyebabkan perubahan sifat dan jumlah lendir serviks.

2. Progesteron adalah hormon yang diproduksi selama pertengahan akhir siklus menstruasi. Progesteron menyiapkan uterus sehingga memungkinkan telur yang telah dibuahi untuk melekat dan berkembang. Jika kehamilan tidak terjadi, level progesteron akan turun dan uterus akan meluruhkan dindingnya, menyebabkan terjadinya pendarahan menstruasi.
3. *Follicle stimulating hormone* (FSH) terutama berfungsi untuk merangsang pertumbuhan folikel ovarium, sebuah kista kecil di dalam ovarium yang mencengkram sel telur.
4. *Luteinizing hormone* (LH) adalah hormon yang dilepaskan oleh otak dan bertanggung jawab atas pelepasan sel telur dari ovarium, atau ovulasi. Ovulasi biasanya terjadi sekitar 36 jam setelah peningkatan LH. Alat prediksi-ovulasi mengetes peningkatan level LH (Sinaga, 2017)

2.4 Faktor-faktor penyebab gangguan siklus menstruasi

2.4.1 Usia

Usia yang bertambah, otomatis akan membuat tingkat kesuburan wanita menurun. Ketika menginjak usia 50-an, maka wanita akan mengalami *menopause*, sehingga membuatnya tidak bisa lagi memproduksi sel telur untuk hamil. Tetapi beberapa tahun sebelum *menopause*, wanita dapat mengalami gangguan kesuburan karena jumlah sel telurnya berkurang. Walaupun belum ditentukan angka yang pasti kapan kesuburan wanita berkurang, tapi sebagian besar dokter berpendapat bahwa menginjak usia 35 tahun ke atas, peluang wanita untuk hamil semakin menurun.

2.4.2 Berat badan

Faktor lainnya yang turut memengaruhi kesuburan wanita adalah berat badan. Wanita yang mengalami obesitas dan memiliki banyak lemak dalam tubuhnya, akan memengaruhi produksi hormonnya, sehingga menyebabkan ia menjadi sulit hamil. Wanita yang terlalu kurus juga dapat berpengaruh kepada hormonnya, sehingga menyebabkan masa menstruasinya tidak teratur yang berakibat menjadi sulit hamil.

2.4.3 Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Contoh : Gondok endemic merupakan keadaan tidak seimbangny pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Nurul Rahfiludin M.Zen, Aruben Ronny pada tahun 2016, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dan siklus menstruasi. Pada remaja perempuan dengan gizi lebih, jumlah hormon estrogen dalam darah meningkat akibat meningkatnya jumlah lemak tubuh. Kadar hormon estrogen yang tinggi memberi dampak negatif terhadap sekresi hormon GnRH yang dapat menghambat hipofisis anterior untuk mensekresikan hormon FSH. Adanya hambatan pada sekresi hormon FSH menyebabkan terganggunya pertumbuhan folikel sehingga tidak terbentuk folikel yang matang. Hal inilah yang menjadi dasar mekanisme panjangnya siklus menstruasi atau keterlambatan menstruasi (Ulum N, 2016).

2.4.4 Tingkt Konsumsi Makanan

Keadaan kesehatan seseorang tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kuantitas serta kualitas hidangan yang tersedia di dalam keluarga. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh dalam susunan hidangan dan perbandingan yang satu terhadap yang lain. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Bila susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari segi kualitas maupun kuantitas, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan gizi yang baik. Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang sebaik-baiknya disebut konsumsi yang adekuat (Ardani & Wirjatmadi, 2014). Akumulasi asupan karbohidrat, protein maupun lemak yang berlebihan akan diubah menjadi simpanan lemak. Tingginya simpanan lemak akan menyebabkan terjadinya gangguan siklus menstruasi dengan akumulasi kadar estrogen dalam tubuh sehingga apabila asupan karbohidrat, protein maupun lemak terpenuhi dan sesuai dengan kebutuhan maka siklus menstruasi akan normal.

2.4.5 Aktifitas fisik

Aktivitas fisik adalah gerakan fisik yang dilakukan oleh tubuh dan sistem penunjangnya. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Aktivitas fisik dalam kehidupan sehari-hari misalnya bekerja (*occupational*), olah raga, merawat (*conditioning*), melakukan pekerjaan rumah, atau aktivitas lain. Aktivitas fisik yang tidak ada (kurangnya aktivitas fisik) merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis, dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan kematian secara global (WHO, 2010). Wanita yang memiliki pola aktivitas berlebihan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya atau berkembangnya gangguan makan, dan iregularitas siklus menstruasi. Pola aktivitas yang berlebihan juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan disfungsi *hipotalamus* yang menyebabkan gangguan sekresi GnRH. Hal tersebut menyebabkan terjadinya *menarche* yang tertunda dan gangguan siklus menstruasi. Faktor utama penyebab supresi GnRH wanita adalah penggunaan energi yang berlebihan yang melebihi pemasukan energi (Ulum N, 2016)

Infusensi umpan balik *estrogen* dan progesterone serta ketidakseimbangan opioid endogen dan aktivitas *catecholamine* yang diperantai oleh *aminobutyric acid* (GABA), *corticotrophin-releasing hormone*, insulin, seperti *growth factor* mengakibatkan terjadinya gangguan pulsasi GnRH. Beberapa penelitian juga menyebutkan adanya hubungan antara aktivitas fisik yang berat yang menginduksi ketidakaturan siklus menstruasi dengan perubahan metabolisme steroid, khususnya peningkatan aktivitas dari *catecholestrogen* mengakibatkan kadar *noreadrenaline intracerebral (noripinephrin)* yang mempengaruhi release atau pelepasan gonadotrophin (Nurul, 2016).

Disfungsi *hipotalamus* yang berhubungan dengan latihan fisik yang berat dan gangguan pada pulsasi GnRH, dapat menyebabkan *menarche* yang terlambat dan gangguan siklus menstruasi. Pola aktivitas berat dapat menginduksi *amenorrhea* berhubungan dengan keadaan *hypoestrogenisme*, tetapi studi terbaru menyebutkan bahwa pola aktivitas yang berat dapat berdampak pada pemenuhan nutrisi wanita. Faktor nutrisi tersebut bertanggung jawab terhadap terjadinya *amenorrhea*.

Wanita dengan pola aktivitas berat akan berdampak pada perubahan pola makan yang kurang sehat. Hal tersebut dipengaruhi oleh adanya hormon leptin dan ghrelin sebagai hormon peningkatan nafsu makan seseorang. Kedua hormon ini berperan dalam memberi pesan kepada otak bahwa seseorang sedang dalam keadaan lapar sebagai akibat dari pola aktivitas yang berat sehingga seseorang menjadi kurang tidur. Peningkatan kedua hormon inimenjadikan nafsu makan seseorang meningkat yang dapat berpengaruh terhadap berat badan berlebih.

2.4.6 Stress

Stres menyebabkan perubahan sistemik di dalam tubuh, khususnya sistem persarafan dalam hipotalamus melalui perubahan prolaktin yang dapat memengaruhi elevasi kortisol basal dan menurunkan *luteinizing hormone* (LH) yang menyebabkan *amenorrhea*. Stres sebagai rangsangan sistem saraf diteruskan ke susunan saraf pusat yaitu *limbic system* melalui transmisi saraf, selanjutnya melalui saraf autonom akan diteruskan ke kelenjar-kelenjar hormonal (endokrin) hingga mengeluarkan *secret* (cairan) *neurohormonal* menuju *hipofisis* melalui sistem *prontal* guna mengeluarkan *gonadotropin* dalam bentuk FSH dan LH, produksi kedua hormon tersebut dipengaruhi oleh *Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH)* yang di salurkan dari *hipotalamus* ke *hipofisis*. Pengeluaran GnRH sangat dipengaruhi oleh mekanisme umpan balik estrogen terhadap *hipotalamus* sehingga selanjutnya mempengaruhi proses menstruasi

2.4.7 Konsumsi obat hormonal

Konsumsi obat tertentu seperti kontrasepsi hormonal dan obat yang dapat meningkatkan hormon prolaktin sehingga menyebabkan perubahan siklus menstruasi. Metode kontrasepsi akan memanipulasi siklus menstruasi karena hormon-hormon yang diroduksi memaksa tubuh untuk membentuk siklus buatan.

2.4.8 Gangguan endokrin

Penyakit-penyakit endokrin seperti diabetes, hipotiroid, serta hipertiroid yang berhubungan dengan gangguan menstruasi. Prevalensi *amenorrhea* dan oligomenorrhea lebih tinggi pada pasien

diabetes. Hipertiroid berhubungan dengan *oligomenorrhea* dan lebih lanjut menjadi *amenorrhea*. Hipotiroid berhubungan dengan *polymenorrhea*

2.5 Cara menghitung siklus menstruasi

Menstruasi yang normal berlangsung kurang lebih 4-7 hari. Jumlah darah yang dikeluarkan sekitar 2-8 sendok makan. Sementara satu siklus menstruasi rata-rata adalah 28 hari, tetapi panjang siklus 24-35 hari masih dikategorikan normal. Sistem kerja tubuh wanita berubah-ubah dari bulan ke bulan tapi ada beberapa wanita yang memiliki jumlah hari yang sama persis setiap siklus menstruasinya (Verawaty & Rahayu, 2011). Cara menghitung siklus menstruasi yaitu dengan menandai hari pertama keluarnya darah menstruasi sebagai "siklus hari ke-1". Panjang siklus rata-rata wanita adalah 28 hari. Namun rata-rata panjang siklus menstruasi berubah sepanjang hidup dan jumlahnya mendekati 30 hari saat seorang wanita mencapai usia 20 tahun, dan rata-rata 26 hari saat seorang wanita mendekati masa menopause, yaitu di sekitar usia 50 tahun. Hanya sejumlah kecil wanita yang benar-benar mengalami siklus 28 hari

2.6 Macam-macam Siklus menstruasi

2.6.1 Eumenorrhea (Normal)

Eumenorrhea yaitu siklus menstruasi yang teratur dengan interval perdarahan yang terjadi antara 21-35 hari.

2.6.2 Polimenorrhea

Polimenorrhea merupakan siklus menstruasi yang lebih pendek dari biasanya (<21 hari) dan perdarahannya kurang lebih sama atau lebih banyak dari normal.

2.6.3 Oligomenorrhea

Oligomenorrhea adalah menstruasi jarang (atau sangat sedikit), atau lebih tepatnya, periode menstruasi terjadi dengan interval yang lebih lama dari 35 hari dengan jumlah menstruasi 4-9 kali saja dalam setahun. Penyebabnya bisa bermacam-macam, seperti perubahan hormon di masa perimenopause, *PraderWill Syndrome*, PCOS,

gangguan makan seperti *anorexia nervosa* dan *bulimia nervosa*, dan lain-lain.

2.6.4 Amenorrhoea

Amenorrhoea adalah absennya periode menstruasi selama 3 bulan di usia reproduksi, yaitu absennya menstruasi selama 3 bulan pada wanita yang memiliki siklus menstruasi normal sebelumnya

2.7 Gangguan siklus menstruasi

2.7.1 Polimenorea

Siklus haid lebih pendek dari normal, yaitu kurang dari 21 hari, perdarahan kurang lebih sama atau lebih banyak daripada haid normal. Penyebabnya adalah gangguan hormonal, kongesti ovarium karena peradangan, endometriosis, dan lain-lain. Pada gangguan hormonal terjadi gangguan ovulasi yang menyebabkan pendeknya masa luteal. Diagnosis dan pengobatan membutuhkan pemeriksaan hormonal dan laboratorium lain.

Polimenorea adalah siklus menstruasi yang tidak normal, lebih pendek dari biasanya atau kurang dari 21 hari. Gangguan ini dikarenakan adanya masalah pada ovulasi dan pembuahan. Polimenorea dapat menyebabkan wanita mengalami kesulitan hamil dan gangguan yang lebih serius. Sedangkan oligomenorea adalah kebalikan dari polimenorea, yakni wanita mengalami siklus menstruasi yang lebih panjang atau lebih dari 35 hari, namun darah yang keluar saat menstruasi justru berkurang atau lebih sedikit dari keadaan normal. (Manuaba, IAC., I Bagus, 2010)

2.7.2 Oligomenorea

Siklus haid lebih panjang dari normal, yaitu lebih dari 35 hari, dengan perdarahan yang lebih sedikit. Umumnya pada kasus ini kesehatan penderita tidak terganggu dan fertilitas cukup baik.

2.7.3 Amenorea

Keadaan dimana tidak adanya haid selama minimal 3 bulan berturut-turut. Amenorea dibagi menjadi 2, yaitu amenorea primer dan sekunder. Amenorea primer ialah kondisi dimana seorang perempuan berumur 18 tahun atau lebih tidak pernah haid, umumnya

dihubungkan dengan kelainan-kelainan kongenital dan genetik. Amenorea sekunder adalah kondisi dimana seorang pernah mendapatkan haid, tetapi kemudian tidak mendapatkan haid, biasanya merujuk pada gangguan gizi, gangguan metabolisme, tumor, penyakit infeksi, dan lain-lain. Ada pula amenorea fisiologis yaitu masa sebelum pubertas, masa kehamilan, masa laktasi, dan setelah menopause.

Amenorea adalah keadaan tidak adanya menstruasi untuk sedikitnya 3 bulan berturut-turut. Dianggap amenore primer bila wanita tidak pernah mendapat daur menstruasi dan amenorea sekunder bila wanita tersebut telah mengalami daur menstruasi sebelumnya tetapi tidak lama. Amenore primer umumnya mempunyai sebab-sebab yang lebih berat dan lebih sulit untuk diketahui, seperti kelainan-kelainan kongenital dan kelainan-kelainan genetik. Adanya amenorea sekunder lebih menunjuk kepada sebab-sebab yang timbul dalam kehidupan wanita, seperti gangguan gizi, gangguan metabolisme, tumor-tumor, penyakit infeksi, dan lain-lain. (Corwin, 2009)

2.8 Gangguan volume dan lama haid

2.8.1 Hipermenorea (menoragia)

Merupakan perdarahan haid yang lebih banyak dari normal, atau lebih lama dari 8 hari. Penyebab kelainan ini terdapat pada kondisi uterus. Biasanya dihubungkan dengan adanya mioma uteri dengan permukaan endometrium yang lebih luas dan gangguan kontraktilitas, polip endometrium, gangguan peluruhan endometrium, dan sebagainya. Terapi kelainan ini ialah terapi pada penyebab utama. Hipermenorea termasuk dalam gangguan masalah haid yang menunjukkan pendaran haid yang berlebihan tidak seperti pada normalnya atau lebih lama dari normal. Setiap wanita tahu periode bulanannya sendiri. Selama itu tidak terjadi secara tak terduga atau menyebabkan rasa sakit yang berlebihan atau kondisi lain, maka itu tidak dapat diklasifikasikan sebagai menstruasi abnormal. Menoragia atau pendarahan menstruasi yang berlebihan dapat menyebabkan anemia jika tidak diobati. Selain itu, perdarahan hebat dapat memengaruhi tidur, menyebabkan sakit perut bagian bawah, dan membuat aktivitas yang menyenangkan menjadi beban.

Dalam siklus menstruasi yang normal, ada keseimbangan antara estrogen dan progesteron. Ini adalah hormon dalam tubuh yang membantu mengatur penumpukan endometrium (lapisan dalam rahim), yang ditumpahkan setiap bulan selama menstruasi. Untuk gangguan haid ini, mungkin ada ketidakseimbangan kadar estrogen dan progesteron. Sebagai akibat dari ketidakseimbangan, endometrium berkembang secara berlebihan. Ketika akhirnya ditumpahkan, ada pendarahan menstruasi yang berat. Karena ketidakseimbangan hormon sering terlihat pada remaja dan wanita mendekati menopause, jenis menoragia ini cukup umum pada kelompok ini. Penyebab gangguan haid ini yang sering terjadi adalah fibroid rahim (pertumbuhan). Penyebab lain termasuk:

- Kanker endometrium
- Peradangan atau infeksi pada vagina, serviks, atau organ panggul
- Polip (pertumbuhan kecil di dinding serviks atau uterus)
- Kondisi tiroid
- Penyakit hati, ginjal, atau darah, dan penggunaan obat pengencer darah

Pengobatan :

- Suplemen zat besi untuk memasukkan lebih banyak zat besi ke dalam darah Anda
- Ibuprofen untuk mengurangi rasa sakit dan jumlah perdarahan
- Kontrasepsi intrauterin (IUD) membuat menstruasi lebih teratur dan mengurangi perdarahan
- Terapi hormon untuk mengurangi perdarahan
- Obat-obatan antifibrinolitik untuk mengurangi perdarahan
- Histeroskopi operatif untuk menghilangkan fibroid dan polip dan menghilangkan lapisan Rahim

2.8.2 Hipomenorea

Merupakan perdarahan haid yang lebih pendek dan atau lebih sedikit dari normal. Penyebabnya adalah terdapat pada konstitusi penderita, kondisi uterus, gangguan endokrin, dan lain-lain. Terapi hipomenorea adalah bersifat psikologis untuk menenangkan penderita, kecuali bila sudah didapatkan penyebab nyata lainnya. Kondisi ini tidak memperngaruhi fertilitas.

Hipomenorea merupakan pendarahan yang lebih sedikit dan lebih pendek dari biasanya. Keadaan ini dapat dikarenakan gangguan rahim, adanya gangguan endokrin dan gangguan lain di alat reproduksi. Hal ini bisa lebih parah jika wanita tersebut mengalami tekanan atau stress (Prawirohardjo, S., 2011). Sedangkan hipermenorea adalah kebalikan dari hipomenorea, yaitu pendarahan yang dirasa lebih banyak dan lebih lama dari biasa atau lebih dari delapan hari. Hal ini bisa disebabkan adanya mioma di rahim atau gangguan selaput lendir rahim pada saat menstruasi, juga bisa disebabkan penggunaan alat kontrasepsi yang tidak cocok, sehingga menimbulkan gangguan tersebut (Prawirohardjo, S., 2011)

2.9 Gangguan lain terkait haid

2.9.1 Dismenorea

Dismenore adalah nyeri saat haid yang terasa diperut bagian bawah dan muncul sebelum, selama dan setelah menstruasi. Nyeri dapat bersifat kolik atau terumenerus. Dismenore timbul akibat kontraksi distritmik lapisan miometrium yang menampilkan satu lebih gejala mulai dari nyeri ringan hingga nyeri berat pada perut bagian bawah, daerah pantat dan sisi medial paha (Prawirohardjo, S., 2011)

Nyeri haid biasa disebut dismenore, biasanya sangat menyiksa bagi perempuan. Banyak diantara tidak bisa bangun dari tempat tidur atau mengalami kesulitan berjalan, tidak jarang yang mengalami penderitaan sehingga tidak dapat mengerjakan apapun. Remaja putri yang mengalami nyeri haid, biasanya harus beristirahat sehingga dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan berdampak pada kinerja atau produktivitas remaja. (Kusmiyati, 2009)

Penyebab nyeri dibedakan menjadi penyebab fisik dan psikis. Penyebab fisik antara lain berupa trauma dan peradangan nyeri, sedangkan penyebab psikis akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Reseptor nyeri disebut nociseptor, reseptor nyeri di kulit dan jaringan lain merupakan ujung saraf bebas, yang tersebar dalam lapisan superfisial kulit, dan jaringan visera seperti pada periosteum, permukaan sendi, dinding arteri dan sebagainya. Ketika suatu jaringan mengalami cedera atau kerusakan, mengakibatkan dilepaskannya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti histamin dan prostaglandin akan mengakibatkan respon nyeri.

Stimulus yang mengeksitasi reseptor nyeri dapat berupa mekanis, kimia dan suhu. Lebih lanjut dijelaskan bahwa beberapa serat nyeri hampir seluruhnya terangsang oleh stres mekanis berlebihan atau kerusakan mekanis pada jaringan disebut sebagai reseptor nyeri mekanosensitif. Sensitif terhadap panas dan dingin yang ekstrim atau disebut reseptor nyeri termosensitif, dan lainnya sensitif terhadap zat kimia seperti histamin, ion kalium, prostaglandin, asetilkolin dan enzim proteolitik, sehingga disebut reseptor nyeri kemosenitif. Prostaglandin dapat menyebabkan stimulasi serat saraf nyeri yang ekstrim tanpa harus merusaknya (Salbiah, D., Laoh, J. H., 2013)

Penanganan nyeri haid dapat dilakukan dengan mengurangi atau menghambat stimulus nyeri, agar tidak sampai ke otak. Seperti dijelaskan di atas, nyeri haid terjadi karena peningkatan prostaglandin dalam darah yang merangsang peningkatan kontraksi uterus, sehingga terjadi penurunan aliran darah dan oksigen ke uterus yang mengakibatkan iskemia. Penanganan yang biasa diberikan untuk mengurangi nyeri haid yaitu dengan pemberian terapi farmakologi dan non farmakologis. Terapi farmakologis seperti pemberian obat penurun rasa nyeri, obat yang mempengaruhi kerja hormonal, dan obat lainnya. Terapi non farmakologis juga diperlukan biasa diberikan sebagai bentuk penanganan lain untuk mengurangi nyeri haid antara lain yaitu mengkonsumsi air jahe dan air kelapa.

2.9.2 *Pre Menstrual Syndrome/Tension*

Merupakan kumpulan keluhan yang umumnya dimulai satu minggu hingga beberapa hari sebelum mulainya haid dan menghilang sesudah haid mulai, meskipun terkadang berlangsung sampai selesai haid. Keluhan yang sering muncul umumnya berupa iritabilitas, gelisah, insomnia, nyeri kepala, perut kembung, mual, pembesaran dan rasa nyeri payudara, dan lain-lain. Keluhan pada kasus berat dapat meliputi depresi, rasa takut, gangguan konsentrasi, dan lain-lain. Penyebabnya belum diketahui dengan jelas, tetapi salah satu faktor yang berpengaruh adalah ketidakseimbangan antara estrogen dan progesteron yang mengakibatkan retensi cairan dan natrium, penambahan berat badan, serta terkadang edema. Faktor kejiwaan serta masalah-masalah sosial juga berpengaruh. Perempuan yang mudah mengalami *premenstrual syndrome* ini adalah perempuan yang

lebih peka terhadap perubahan hormonal dalam siklus haid dan faktor psikologis.

2.9.3 Pre Menstrual Syndrome/Tension

Sindroma pramenustruasi atau PMS merupakan kumpulan gejala fisik, psikologis, dan emosi yang terkait dengan siklus menstruasi wanita, terjadi selama fase luteal (pasca ovulasi) dari siklus menstruasi yang berhubungan dengan siklus saat ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium) dan menstruasi. PMS ini biasanya akan terjadi pada rentang 1 - 2 minggu, atau lebih tepatnya 7 - 10 hari sebelum terjadi menstruasi dan akan berhenti saat dimulainya siklus menstruasi. Pada beberapa wanita juga bisa terjadi gejala PMS yang terus berkelanjutan hingga 1 - 2 hari atau 24 - 48 jam pertama siklus menstruasi dan akan segera mereda selama beberapa hari ke depan siklus menstruasi. Pada remaja umumnya PMS mulai dialami sekitaran usia 14 tahun atau 2 tahun setelah menarche dan akan berlanjut sampai menopause (Saryono dan Sejati, 2009)

Penyebab munculnya sindrom ini memang belum jelas. Beberapa teori menyebutkan antara lain karena faktor hormonal yakni ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron. Hal ini karena hormon estrogen yang berlebihan. Para peneliti melaporkan, salah satu kemungkinan yang kini sedang diselidiki adalah adanya perbedaan genetik pada sensitivitas reseptor dan sistem pembawa pesan yang menyampaikan pengeluaran hormon seks dalam sel. Kemungkinan lain, itu berhubungan dengan gangguan perasaan, faktor kejiwaan, masalah sosial, atau fungsi serotonin yang dialami penderita. Berikut merupakan petunjuk hirarki pengobatan PMS :

- a) Terapi 1 : Terapi Non - Farmakologi Perubahan gaya hidup seperti olahraga / aerobik, modifikasi diet (seperti pengurangan garam dan kafein atau mengkonsumsi suplemen) dan istirahat cukup. Jika terdapat tanda - tanda yang spesifik, maka bisa langsung diberikan pengobatan farmakologi.
- b) Terapi 2 Jika di diagnose PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) maka bisa diberikann terapi psikotropik secara berkala.
- c) Terapi 3 Jika ketiga terapi di atas tidak berhasil maka direncanakan untuk dilakukan terapi hormonal. Terapi ini

disusun atas rekomendasi American Collage of Obstetricians
and Gynecologists (Kathleen, 2008)

DAFTAR PUSTAKA

- Corwin, E. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kathleen. 2008. *Panduan belajar Keperawatan Emergency*. Jakarta: Jakarta.
- Kusmiyati, Y. H. P. W. S. 2009. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Manuaba, IAC., I Bagus, dan I. G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S., & W. 2011. *Ilmu kandungan Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo S, Wiknjosastro H, S. S. 2011. *Ilmu Kandungan (Edisi Ketiga)*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Salbiah, D., Laoh, J. H., dan N. 2013. 'Uji beberapa dosis *Beauveria bassiana* Vuillemin terhadap larva hama kumbang tanduk *Oryctes rhinoceros* (Coleoptera; Scarabaeidae) pada kelapa sawit'.
- Saryono dan Sejati, W. 2009. *Sindrom Premenstruasi Mengungkap Tabir Sensitifitas Perasaan Menjelang Menstruasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sinaga, E. et al. 2017. *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Jakarta: Universitas Nasional IWWASH Globa.
- Ulum N. 2016. 'Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Siklus Menstruasi Pada Mahasiswi Fisioterapi Universitas Hasanuddin'.
- Widaninggar. 2004. 'Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Kecakapan Hidup (Life Skills Education) untuk Pencegahan HIV dan AIDS. Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Departemen Pendidikan Nasional.'
- Wiknjosastro, P. dan. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BAB 3

ASPEK ASPEK YANG DI KAJI DALAM TAHAP KEHIDUPAN

Oleh Rani Fitriani

3.1 Pendahuluan

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dengan demikian, masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tidak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya. Dalam pendekatan siklus hidup ini, dikenal lima tahap, yaitu: Konsepsi, Bayi dan anak, Remaja, Usia subur, Usia lanjut.

3.2 Aspek Fisik

3.2.1 Perkembangan Fisik

Fisik atau tubuh manusia merupakan sistem organ yang kompleks dan terbentuk pada periode prenatal. Menurut Kuhlen dan Thompson (Hurlock, 2010) bahwa perkembangan fisik individu meliputi empat aspek, yaitu sistem syaraf yang sangat mempengaruhi perkembangan kecerdasan dan emosi; otot yang mempengaruhi perkembangan kekuatan dan kemampuan motorik; kelenjar endokrin yang menyebabkan munculnya pola tingkah laku baru, seperti pada usia remaja berkembang perasaan senang untuk aktif dalam suatu kegiatan yang sebagian anggotanya terdiri atas lawan jenis; struktur fisik atau tubuh yang meliputi tinggi, berat, dan proporsi.

Aspek fisiologis lainnya yang sangat penting adalah otak. Otak dapat dikatakan sebagai pusat perkembangan dan fungsi kemanusiaan. Berdasarkan fungsinya otak dibedakan menjadi dua belahan, yaitu belahan otak kiri dan kanan. Pertumbuhan otak yang normal memiliki efek positif pada aspek perkembangan lainnya. Pertumbuhan otak

yang tidak normal cenderung menghambat perkembangan aspek-aspek tersebut. Pertumbuhan fisik manusia tidak jauh berbeda dengan pertumbuhan fisik hewan. Keduanya adalah organisme hidup dan memiliki perbedaan antara organ fungsional tubuh dan sistem saraf atau pikiran manusia. Manusia dikatakan sebagai makhluk yang paling sempurna. Contoh perkembangan manusia adalah sejak awal kehidupan, pembuahan di dalam rahim antara sel telur dan sel sperma. Dari jutaan sel yang ada, hanya satu yang bisa masuk dan menyerang sel telur. Mereka bergerak dengan mengibaskan ekornya, dan memasuki celah di ekor, di mana 24 kromosom sel sperma dan 24 kromosom sel telur bergabung. (Soemanto, 2006) Seiring waktu, seiring bertambahnya usia, anak-anak tumbuh lebih cepat dan perubahan fisik baik berat maupun tinggi badan. Pertumbuhan ini juga dipengaruhi faktor internal (misalnya gen) dan eksternal (misal pola hidup dan gizi). Pertumbuhan ini hanya berlangsung sampai anak berusia sekitar 20-22 tahun. Sedangkan contoh real dari perkembangan masyarakat ialah dibagi menjadi beberapa masa atau periode. Masa prenatal ialah masa sebelum melahirkan, dimana masa ini adalah dari sel tunggal yang kemudian bermetamorfosis dan berkembang sampai menjadi individu baru yang memiliki otak dan kapasitas berperilaku (Santrock, 2012)

Masa selanjutnya ialah masa bayi dimana pada masa ini berlangsung dari sejak lahir sampai usia sekitar 1 tahun. Kemudian dilanjutkan masa kanak-kanak berlangsung dari setahun sampai 5-6 tahun. Pada fase ini, anak masih sangat memerlukan bimbingan, bantuan dan penjagaan dari orangtua. Anak mulai belajar memfungsionalkan organ tubuhnya, belajar makan, belajar berdiri dengan awalan merangkak, belajar membedakan jenis kelamin, belajar membedakan hal baik dan buruk, serta belajar mengenal huruf (tahap awal pengenalan pra sekolah). (Muhibbin Syah, 2010)

Selanjutnya masa anak-anak berlangsung sekitar usia 6-12 tahun yang kemudian dikenal dengan masa sekolah. karena pada dasarnya manusia adalah makhluk yang sedang berkembang dan memerlukan pendidikan. Di usia ini anak mulai menapakkan kaki ke dunia pendidikan dari TK sampai SD. Dimana ia senang bermain, bergerak, bekerja kelompok dan senang mencoba hal baru atau mempraktekkan. Selain itu otaknya mencapai pada masa konkret. Sehingga guru harus mampu memberikan pembelajaran dengan cara

yang menyenangkan, misalnya salah satunya permainan. Kemudian diimbangi dengan berfikir secara konkret atau dihubungkan dengan kenyataan atau disangkutkan dengan dunia nyata yang dialami peserta didik, misalkan ketika ingin mengajarkan operasi hitung kita analogikan dengan buah atau makanan atau mainan (benda-benda disekitarnya) agar mempermudah dalam pengoperasiannya. (Eni Fariyatul Fahyuni dan Istikomah, Psikologi Belajar & Mengajar Kunci Sukses Guru dan Peserta Didik dalam Interaksi Edukatif. Media belajar seperti media cerita bergambar efektif dalam meningkatkan kemampuan membaca anak di sekolah dasar, karena pada inilah anak membutuhkan bahan bacaan yang konkret sesuai dengan usianya.

Setelah itu, ada masa remaja yang berlangsung dari rentang usia 12-20 tahun. dimasa ini terjadi perubahan fisik (pertumbuhan) yang signifikan, demikian pula dengan kejiwaan atau psikologisnya. Ia belajar untuk mencapai kemandiriann, lebih berfikir logis, abstrak dan idealis. Dikenal pula dengan masa transisi atau masa pubertas yang didalamnya terdapat gejolak atau beberapa masalah yang berfungsi untuk menguatkan dia di masa depan.

Kemudian disusul masa dewasa awal berlangsung dari usia 20-39 tahun, yang merupakan masa kemandirian pribadi dan ekonomi, perkembangan karier, masa memilih pasangan. Selanjutnya ada masa dewasa menengah yang berlangsung dari usia 40-60 tahun. Masa untuk menunjukkan tanggung jawab pribadi, sosial dan keluarga. Di mana ia membimbing atau mengantarkan anak agar menjadi generasi yang sempurna dimasa depan. Masa terakhir dikenal dengan masa dewasa akhir dengan rentang usia 60 tahun sampai meninggal dunia. Usia ini orangtua kembali seperti anak kecil terkait sifatnya yakni lebih egosentris dan kondisi fisik atau jasmani semakin menurun fungsinya.

Jika ditarik kesimpulan, contoh pertumbuhan adalah perubahan fisik dari dalam kandungan sampai seseorang berusia 20 atau 22 tahun yang selalu mengalami perubahan. Kemudian contoh perkembangan adalah ketika anak di dalam kandungan sampai ke liang lahat atau meninggal dunia dengan aspek mengoptimalkan fungsional fisik dan terkait kepribadian serta aspek psikologis lainnya. Antara pertumbuhan dan perkembangan adalah dua hal yang saling beriringan, tidak dapat dipisahkan. Misalnya saja perubahan pertumbuhan fisik bisa menyebabkan perubahan emosional. Salah satu

contohnya adalah ketika remaja terjadi perubahan fisik yang menonjol pada anak laki-laki dan perempuan (masa pubertas). Sehingga masa ini anak juga menjadi lebih sensitif, lebih mengutamakan peer atau teman sebaya dan sedang mencari jati dirinya.

Nutrisi merupakan salah satu faktor kunci yang mendukung kelangsungan proses pertumbuhan. Pada masa pertumbuhan dan perkembangannya, anak membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin dan air. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, proses pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya dapat terhambat (Hidayat, 2006). Nutrisi membantu menyediakan energi untuk fungsi organ, gerakan, dan fungsi tubuh, sebagai bahan baku untuk pembentukan dan perbaikan jaringan somatik, serta sebagai pelindung dan pengaturan suhu tubuh (Tarwoto & Wartonah, 2006).

Nutrisi adalah elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi, seperti: karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin, dan mineral (Potter, 2010) Nutrisi yang dibutuhkan tubuh secara umum dapat dikelompokkan menjadi lima, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Terdapat beberapa zat gizi yang berperan penting dalam proses pertumbuhan menurut (Boyle MA and Roth SL, 2010). yaitu:

a. Karbohidrat

Fungsi utama karbohidrat ialah sebagai penyedia sumber tenaga utama bagi tubuh berbentuk energi. 1 gram karbohidrat menyediakan energi sebesar 4 kilokalori (Kal) bagi tubuh. Karbohidrat berbentuk glukosa merupakan satu-satunya sumber energi bagi otak dan sistem saraf. Karbohidrat disimpan sebagai cadangan energi dalam tubuh berbentuk glikogen yang disimpan dalam hati dan otot . Karbohidrat dibagi menjadi dua bentuk, yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Karbohidrat sederhana seperti fruktosa, glukosa, dan laktosa, dapat dijumpai dalam buah-buahan, gula dan susu. Sedangkan karbohidrat kompleks dapat ditemukan dalam sayuran berserat, gandum, nasi, sereal, oat dan lain sebagainya.

b. Protein

Protein merupakan komponen utama protoplasma di dalam sel, selain ia dapat menjadi sumber energy juga berperan

penting dalam proses pertumbuhan. Protein berperan dalam pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh, serta proses regenerasi jaringan. Komponen protein di dalam tubuh meningkat dari 14,6% pada masa pertumbuhan menjadi 18-19% ketika berusia 4 tahun. Estimasi kebutuhan protein pada masa pertumbuhan sekitar 1-4g/kg BB.

c. Lemak

Lemak menyumbangkan 40-50% energi yang dikonsumsi oleh bayi. Lemak menyediakan sekitar 60% energi yang diperlukan tubuh selama beristirahat. Walaupun kelebihan karbohidrat dan protein dapat diubah dalam bentuk lemak, namun lemak tidak dapat diubah dalam bentuk karbohidrat dan protein. Lemak sebagai komponen utama pembentuk membran sel. Lemak juga membantu penyerapan dan penyimpanan vitamin larut lemak, seperti vitamin A, D, E dan K. Asam lemak esensial, seperti asam lemak omega 3 dan omega 6 merupakan zat nutrisi penting yang dibutuhkan dalam pertumbuhan otak. Namun, asam lemak ini diperoleh dari luar, tidak disintesis sendiri oleh tubuh.

d. Kalsium

Kalsium berfungsi untuk pertumbuhan dan mineralisasi tulang. Lebih dari 98% kalsium tubuh berbentuk tulang dan 1% nya lagi ada dalam cairan tubuh dan otot. Sebanyak 30-60% asupan kalsium diserap oleh tubuh. Selain itu, kalsium juga membantu menjaga detak jantung agar teratur dan mengirimkan impuls saraf. Kalsium juga digunakan dalam pembentukan protein RNA dan DNA untuk membantu aktivitas neuromuskuler. Kekurangan kalsium dapat mengakibatkan insomnia, kram otot, gugup, mati rasa, gangguan kognitif, depresi dan hiperaktif.

e. Zat besi

Zat besi adalah bahan dasar dalam pembentukan hemoglobin dan juga berperan dalam pengangkutan oksigen dan sari-sari makanan ke seluruh sel di dalam tubuh. Hal ini penting untuk pertumbuhan, sistem kekebalan tubuh dan produksi energy. Kekurangan zat besi dapat disebabkan oleh aktivitas berlebih, kurangnya asupan, pencernaan yang buruk, atau konsumsi teh

dan kopi yang berlebih. Tanda-tanda kekurangan zat besi, seperti pusing, kelelahan, gugup, dan reaksi mental melambat .

3.2.2 Cairan dan elektrolit

Risiko ketidakseimbangan elektrolit yaitu berisiko mengalami perubahan kadar elektrolit serum yang dapat mengganggu kesehatan (Pranata, 2013). Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)) risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yaitu berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Seiring dengan bertambahnya usia, kebutuhan akan cairan dan elektrolit akan mengalami perubahan. Perbedaan yang signifikan didapatkan antara usia bayi dengan lansia. Secara normalnya, kebutuhan cairan dan elektrolit akan berjalan beriringan dengan perubahan perkembangan seseorang. Jenjang usia tentang kebutuhan cairan dan elektrolit.

a. Bayi

Secara umum, totalitas komposisi cairan dalam tubuh manusia adalah besar. Pada bayi, dimana system tubuh belum mengalami maturasi secara optimal membutuhkan cairan untuk menjaga keseimbangan system tersebut. Proporsi cairan dalam tubuh bayi lebih besar daripada orang dewasa. Meskipun demikian, dalam menjaga status keseimbangan cairan pada bayi lebih rumit daripada orang dewasa. Hal ini dikarenakan bayi mengekskresikan volume air dalam jumlah yang besar, sehingga asupan cairan juga harus besar untuk menjaga keseimbangan tersebut.

b. Anak

Pada usia ini, kebutuhan akan cairan masih cukup tinggi. Akan tetapi, masa pertumbuhan ini sering terganggu oleh karena penyakit. Begitu juga dengan dampak penyakit terhadap keseimbangan cairan dan elektrolit. Penyakit mengakibatkan respon terhadap ketidakseimbangan menjadi kurang stabil. Penyakit yang sering dijumpai pada masa anak-anak adalah demam (febris). Kondisi ini memicu terjadi pengeluaran cairan lebih banyak dari dalam tubuh dan terjadi dalam bentuk insensible water loss.

c. Remaja

Berbeda dengan bayi dan anak-anak, pada masa remaja telah terjadi beberapa perubahan anatomis dan fisiologis.

Pertumbuhan yang cepat secara tidak langsung berdampak pada status metabolik. Pada proses metabolik akan menghasilkan air sebagai hasil akhir. Dengan peningkatan metabolik, maka jumlah air juga meningkat. Berbeda dengan remaja laki-laki, pada remaja perempuan dimana telah terjadi siklus menstruasi yang akan berpengaruh terhadap keseimbangan cairan juga. Hormonal yang telah berubah juga mempengaruhi kebutuhan cairan pada masa ini.

d. Lansia

Masa lansia merupakan masa dimana dari segi usia bahwa telah terjadi peningkatan dan dari segi fisiologis telah terjadi penurunan beberapa fungsi tubuh. Organ utama dalam keseimbangan cairan dan elektrolit adalah ginjal yang juga mengalami penurunan fungsi. Selain itu, penyakit yang sering diderita pada lansia juga menyebabkan perubahan pada keseimbangan cairan dan elektrolit, seperti diabetes mellitus, gangguan kardiovaskuler, atau kanker. Ketika seorang lansia menderita sakit dan mendapat terapi, terutama obat diuretik maka akan berdampak pada defisit cairan dan elektrolit.

3.2.3 Personal hygiene

Personal hygiene berasal dari kata Yunani, berasal dari kata personal yang artinya perorangan dan hygiene berarti sehat. Dari pernyataan tersebut dapat diartikan bahwa kebersihan perorangan atau personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan seseorang untuk kesejahteraan, baik fisik maupun psikisnya (Permatasari, 2019)

Tujuan umum perawatan diri adalah untuk mempertahankan perawatan diri, baik secara sendiri maupun dengan bantuan, dapat melatih hidup sehat/bersih dengan cara memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan, serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan. Membuat rasa nyaman dan relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan serta mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, dan mempertahankan integritas pada jaringan. (Alimul, 2006)

Macam-macam personal hygiene menurut (Prakoso, 2015) diantaranya adalah :

a. Perawatan kulit

Cara merawat kulit yaitu dengan melakukan mandi minimal dua kali dalam satu hari setelah melakukan aktivitas, apabila keadaan kulit kotor maka segera mandi, dan sebaiknya sabun yang digunakan tidak iritasi

b. Perawatan kaki dan kuku

Cara untuk perawatan kaki dan kuku yaitu dengan cara memotong kuku sesuai kebutuhan agar dapat menjaga kebersihan kotoran di balik kuku.

c. Perawatan rambut

Cara merawat rambut yaitu dengan cara mencuci rambut 1-2 kali dalam seminggu sesuai dengan keadaan pasien, dengan memakai shampo yang cocok , gunakan sisir besar untuk rambut keriting dan tidak bergigi lancip.

d. Perawatan gigi dan mulut

Cara merawatnya yaitu dengan cara membersihkan atau menyikat gigi sesudah makan dan sebelum tidur, atau juga bisa sesuai kebutuhan, yaitu dengan menggunakan sikat yang halus dan bulu banyak.

e. Perawatan telinga

Cara merawat telinga harus dibersihkan apabila ada sumbatan pada telinga dengan dikeluarkan perlahan-lahan. Jika pasien memakai alat bantu dengar, pengasuh menginstruksikan pasien untuk membersihkan dan memelihara teknik komunikasi yang tepat untuk meningkatkan pemahaman bicara.

3.2.4 Istirahat – tidur

Fisiologis tidur adalah pengaturan aktivitas tidur dengan mengaktifkan mekanisme otak secara bergantian dan menghambat pusat-pusat otak untuk tertidur dan bangun. Tidur diatur oleh tiga proses: mekanisme homeostatis, ritme sirkadian, dan ritme ultradian (Atmadja W., 2010). Usia merupakan salah satu penentu jumlah tidur yang dibutuhkan seseorang. Orang yang lebih muda membutuhkan lebih banyak tidur, dan orang yang lebih tua membutuhkan lebih sedikit tidur. Misalnya seperti kebutuhan tidur bayi usia 0-1 bulan memerlukan waktu tidur 14-18 jam/hari, sedangkan kebutuhan tidur

usia 60 tahun hanya memerlukan lama waktu tidur 6 jam/hari (Sutanto, 2018)

Usia	Tingkat Perkembangan	Jumlah Kebutuhan Tidur
0-1 bulan	Masa neonates	18 jam/hari
1-18 bulan	Masa bayi	14 jam/hari
18 bulan-3 tahun	Masa anak	12 jam/hari
3 - 6 tahun	Masa prasekolah	11 jam/hari
6 - 12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari
12 - 18 tahun	Masa remaja	8,5 jam/hari
18 - 40 tahun	Masa dewasa muda	8 jam/hari
40 - 60 tahun	Masa paruh baya	7 jam/hari
60 tahun keatas	Masa dewasa tua	6 jam/hari

(Hidayat, 2015)

3.2.5 Kebutuhan Cinta

Setelah seseorang memenuhi kebutuhan akan rasa amanya, ia akan beralih kepada kebutuhan berikutnya, yakni kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki. Sebuah dorongan dimana seseorang berkeinginan untuk menjalin sebuah hubungan secara efektif atau hubungan emosional dengan individu lain, baik yang ada dalam lingkungan keluarga maupun di luarnya. Kebutuhan akan cinta sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kemampuan seseorang. Ketidaksiuaian dapat terjadi jika kebutuhan ini tidak terpenuhi. Rasa haus akan cinta adalah bagian dari kekurangannya, dan seperti orang yang kekurangan gizi, orang yang kekurangan cinta menunjukkan gejala yang sama.

3.2.6 Aktualisasi diri

Tingkatan kebutuhan dapat digambarkan seperti sebuah anak tangga. Kita harus meletakkan kaki pada anak tangga paling bawah sebelum mencapai anak tangga berikutnya, demikian seterusnya. Dengan cara yang sama pula kebutuhan yang paling rendah dan paling tinggi harus di puaskan sebelum muncul kebutuhan tingkat kedua, ketiga, keempat dan seterusnya hingga sampai pada tingkat paling tinggi. Aktualisasi diri hanya akan dapat dilakukan jika lingkungan mengizinkannya, sementara pada kenyataan, tidak ada satu pun

lingkungan masyarakat yang sepenuhnya menunjang terhadap upaya aktualisasi diri yang dilakukan oleharganya.

3.2.7 Rasa aman dan nyaman

Menurut Maslow jika kebutuhan fisiologis sudah diperhatikan dan terpenuhi maka kita akan didorong oleh kebutuhan selanjutnya yaitu kebutuhan akan rasa aman. Ingin menemukan situasi dan kondisi yang aman, stabil dan terlindungi merupakan beberapa contoh dari kebutuhan tersebut. Maslow percaya bahwa kita semua membutuhkan sedikit banyak sesuatu yang bersifat rutin dan dapat di ramalkan (di prediksi). Misalnya di kalangan orang-orang dewasa di Amerika, kebutuhan ini terwujud dalam keinginan mereka yang sangat kuat untuk tinggal berdekatan dengan tetangga yang baik, pekerjaan yang aman, perencanaan masa pensiun yang matang, membeli asuransi dan lain sebagainya.

3.3 Aspek Psikososial

Psikososial adalah suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial atau sebaliknya. Psikososial menunjuk pada hubungan yang dinamis atau faktor psikis atau sosial, yang saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain. Psikososial sendiri berasal dari kata psiko dan sosial. Kata psiko mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku) sedangkan sosial mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang disekitarnya (Pusat Krisis Fakultas Psikologi UI). Istilah psikososial berarti menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikis (Chaplin., 2011).

3.3.1 Tahap 1 (Perkembangan kepercayaan vs Ketidakpercayaan)

Tahap pertama dalam teori perkembangan psikososial Erikson terjadi mulai ketika individu lahir sampai berusia 1 tahun, dan merupakan tahap yang sangat penting dalam kehidupan individu. Karena pada masa bayi, individu benar-benar bergantung dan mengembangkan kepercayaan berdasarkan ketergantungannya pada dan kualitas pengasuhan orang dewasa. Apapun yang diperlukan untuk bertahan hidup termasuk makanan, cinta, kehangatan, keamanan dan pemeliharaan. Jika pengasuh tidak memberikan perawatan dan cinta,

bayi akan merasa tidak dapat mempercayai atau bergantung pada orang dewasa selama sisa hidup mereka. Jika bayi/orang dapat membangun kepercayaan, mereka akan merasa lebih aman di dunianya, hal ini dapat menyebabkan ketidakpercayaan. Kegagalan untuk membangun kepercayaan menyebabkan perasaan takut dan keyakinan bahwa dunia tidak konsisten dan tidak dapat diprediksi. Tidak ada anak yang 100% percaya atau curiga. Erikson meyakini bahwa perkembangan yang sukses adalah segala sesuatu mengenai keseimbangan antara dua sisi yang berlawanan. Kalau hal ini terjadi anak mendapat harapan yang digambarkan oleh Erikson sebagai keterbukaan untuk mengalami dan mewaspadaai situasi marah dan berbahaya.

3.3.2 Tahap 2 (Perkembangan otonomi vs rasa malu & keraguan)

Tahap kedua dari teori perkembangan psikososial Erikson adalah pada usia awal kanak-kanak yang berfokus pada pengembangan perasaan control diri yang lebih besar. Pada tahap ini, anak-anak baru memulai sedikit mandiri. Mereka mulai menampilkan tindakan dasar terhadap diri mereka sendiri dan membuat keputusan sederhana terhadap apa yang mereka sukai. Pengasuh dapat menolong anak-anak mengembangkan perasaan otonomi dengan cara memberi kesempatan untuk memilih dan memperoleh kontrol. Sama seperti Freud, Erikson meyakini bahwa latihan ke toilet menjadi bagian penting pada proses ini. Namun, penalaran Erikson sangat berbeda dari Freud. Erikson percaya bahwa belajar untuk mengendalikan fungsi tubuh seseorang mengarah pada perasaan kontrol dan rasa kemandirian.

Peristiwa penting lainnya termasuk memperoleh control lebih terhadap pilihan makanan, mainan dan pakaian yang paling disukai. Anak-anak yang sukses melewati tahap ini secara lengkap merasa aman dan percaya diri, sedangkan mereka yang tidak sukses secara lengkap akan merasa tidak seimbang dan ragu terhadap diri sendiri. Erikson percaya bahwa perolehan kesimbangan antara otonomi dan rasa malu & keraguan dapat mengarahkan anak-anak pada kemauan yaitu keyakinan bahwa anak-anak dapat bertindak dengan niat, alasan dan batasan.

3.3.3 Tahap 3 (Perkembangan prakarsa vs rasa bersalah)

Tahap ketiga perkembangan psikososial adalah usia pra sekolah. Pada titik ini, anak-anak mulai menunjukkan kekuatan dan kendali mereka atas dunia melalui permainan dan interaksi sosial. Orang yang gagal menguasai keterampilan ini akan tertinggal, merasa bersalah, curiga, dan tidak mampu mengambil inisiatif. Mencapai keseimbangan ideal antara inisiatif individu dan kemauan untuk bekerja sama dengan orang lain menghasilkan kualitas ego yang dikenal sebagai tujuan.

3.3.4 Tahap 4 (Perkembangan industry vs inferioritas)

Tahap keempat perkembangan psikososial adalah antara usia 5 dan 12, awal usia sekolah. Melalui interaksi sosial, anak mengembangkan kebanggaan atas kemampuan dan prestasinya. Mereka didorong dan dibimbing oleh orang tua dan guru mereka untuk mengembangkan rasa kompetensi dan kepercayaan pada kemampuan mereka. Mereka yang menerima sedikit atau tanpa dorongan dari orang tua, guru, atau teman sebaya akan meragukan kemampuannya untuk berhasil. Keberhasilan dalam mencapai keseimbangan pada tahap perkembangan psikososial ini mengembangkan suatu kekuatan yang disebut kompetensi. Ini memberi anak-anak kepercayaan diri dalam kemampuan mereka untuk melakukan tugas-tugas yang diberikan kepada mereka.

3.3.5 Tahap 5 (Perkembangan identitas vs kebingungan)

Tahap kelima perkembangan psikososial terjadi selama masa remaja. Remaja sering mengalami pergolakan pada usia ini. Tahap ini berperan penting dalam perkembangan rasa identitas diri yang mempengaruhi perilaku dan perkembangan kehidupan selanjutnya. Pada masa remaja, anak mengeksplorasi kemandirian dan mengembangkan perasaan diri. Mereka yang menerima dorongan dan penguatan yang tepat melalui penyelidikan diri mengembangkan perasaan diri yang kuat, kemandirian, dan kontrol. Mereka yang tetap tidak pasti akan keyakinan diri dan keinginan akan merasa tidak aman dan bingung terhadap diri sendiri dan masa depannya.

3.3.6 Tahap 6 (Perkembangan keintiman vs isolasi)

Tahap ini termasuk masa dewasa awal ketika orang mengeksplorasi hubungan pribadi. Erickson percaya bahwa penting bagi seseorang untuk membangun hubungan dan terlibat dengan orang lain. Mereka yang berhasil pada tahap ini mengembangkan hubungan yang langgeng dan aman. Setiap level dibangun berdasarkan keterampilan yang dipelajari di level sebelumnya. Ericsson percaya bahwa identitas pribadi yang kuat sangat penting untuk membangun hubungan yang dekat. Studi menunjukkan bahwa orang yang tidak memiliki perasaan untuk diri mereka sendiri kurang berkomitmen untuk hubungan dan cenderung menderita isolasi emosional, kesepian, dan depresi. Ini mengarah pada kebajikan yang dikenal sebagai cinta yang ditandai dengan kemampuan untuk membangun hubungan jangka panjang yang bermakna.

3.3.7 Tahap 7 (Perkembangan generativitas vs stagnasi)

Selama masa dewasa, seseorang terus membangun kehidupan yang berfokus pada karir dan keluarga. Orang-orang sukses pada tahap ini akan merasa bahwa mereka berkontribusi pada dunia melalui pekerjaan mereka di rumah dan komunitas mereka. Jika Anda tidak menguasai keterampilan pada tahap ini, Anda akan merasa tidak produktif. Belas kasih adalah kebajikan yang dicapai dengan berhasil melewati tahap ini. Orang-orang bangga dengan keberhasilan mereka, menyaksikan anak-anak mereka tumbuh menjadi dewasa, dan mengembangkan rasa kesatuan dengan pasangan hidup mereka adalah tonggak penting dalam tahap perkembangan ini.

3.3.8 Tahap 8 (Perkembangan integritas vs keputusasaan)

Tahap perkembangan psikososial yang terakhir terjadi selama usia tua dan terfokus pada refleksi kembali kepada kehidupan. Pada masa perkembangan ini, orang melihat kembali pada kejadian-kejadian dalam kehidupannya dan menentukan apakah mereka Bahagia dengan kehidupannya selama ini atau menyesali hal-hal yang telah diperbuatnya atau tidak diperbuatnya. Mereka yang berhasil pada tahap ini akan merasa hidupnya telah terbuang percuma dan akan mengalami banyak penyesalan. Individu akan memendam perasaan pahit dan putus asa. Orang yang bangga dengan kesuksesan mereka merasakan ketulusan. Berhasil melewati tahap ini berarti

melihat kembali masa lalu dengan kepuasan dan sedikit penyesalan. Individu ini memperoleh kebijaksanaan dan bahkan berani/siap menghadapi kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Salemba Medika.
- Atmadja W., B. 2010. *Fisiologi Tidur*.
- Boyle MA and Roth SL. 2010. *Personal Nutrition, Seventh Edition*. Wadsworth Cengage Learning.
- Chaplin. 2011. *Kamus Lengkap Psikologi (terjemahan Kartini Kartono)*. PT. Raja Grafindo Persada.
- Hidayat. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Penerbit Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. A. dan U. M. 2015. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia (2nd ed.)*. Salemba Medika.
- Hurlock, E. B. 2010. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Airlangga.
- Muhibbin Syah. 2010. *Psikologi Pendidikan dengan pendekatan baru*. PT Remaja Rosdakarya.
- Permatasari, R. & R. 2019. *Gambaran Kepuasan Keluarga pasien Stroke Pada Personal Hygiene Oleh Perawat Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis*.
- Potter, P. 2010. *Fundamental Of Nursing: Concep, Proses and Practice (7th ed.)*. EGC.
- Prakoso, D. Y. 2015. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Personal Hygiene Dengan Metode Ceramah dan Media Audiovisual Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Putri Dalam Mencegah Keputihan*.
- Pranata, A. E. 2013. *Manajemen Cairan dan Elektrolit*. Haikhi.
- Santrock, J. W. 2012. *Life-Span Development (Perkembangan Masa Hidup Edisi 13 Jilid 1, Penerjemah: Widyasinta,B)*. Erlangga.
- Soemanto, W. 2006. *Psikologi Pendidikan Landasan Kerja Pemimpin Pendidikan*. Rineka Cipta.
- Sutanto, A. V. dan F. Yuni. 2018. *Asuhan Pada Kehamilan*. Pustaka Baru.
- Tarwoto & Wartonah. 2006. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan (3rd ed.)*. Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (1st ed.)*. Persatuan Perawat Indonesia.

BAB 4

ASUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

REMAJA

Oleh Ayuk Naimah

4.1 Pengertian Remaja

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistim reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Remaja atau adolescence, berasal dari bahasa latin adolescere yang berarti tumbuh ka arah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah bukan hanya kematangan fisik saja, tetapi juga kematangan sosial dan psikologis.

Masa remaja merupakan bagian dari proses tumbuh kembang, yaitu masa peralihan dari anak menuju dewasa. Pada tahap ini, anak mengalami percepatan pertumbuhan, perubahan-perubahan baik fisik maupun psikologis. Oleh karenanya, remaja sangat rentan sekali mengalami masalah psikososial, yakni masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial (Iskandarsyah, 2006)

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 10-19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa pubertas. Masa pubertas ditandai dengan terjadinya perubahan-perubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini merupakan peristiwa yang paling penting, berlangsung cepat, drastis, tidak beraturan dan bermuara dari perubahan pada sistem reproduksi. Hormon-hormon mulai diproduksi dan mempengaruhi organ reproduksi untuk memulai siklus reproduksi serta mempengaruhi terjadinya perubahan tubuh. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari

karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin misalnya, pada remaja putri ditandai dengan menarche (menstruasi pertama), tumbuhnya rambut-rambut pubis, pembesaran buah dada, pinggul. Sedangkan pada remaja putra mengalami pollution (mimpi basah pertama), pembesaran suara, tumbuh rambut-rambut pubis, tumbuh rambut pada bagian tertentu seperti di dada, di kaki, kumis dan sebagainya (Iskandarsyah, 2006)

4.2 Tahapan Remaja

Tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan berikut :

- a. Masa remaja awal/dini (early adolescence) : umur 11 - 13 tahun. Dengan ciri khas : ingin bebas, lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berfikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.
- b. Masa remaja pertengahan (middle adolescence) : umur 14 - 16 tahun. Dengan ciri khas : mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal tentang seksual, mempunyai rasa cinta yang mendalam.
- c. Masa remaja lanjut (late adolescence) : umur 17 - 20 tahun. Dengan ciri khas : mampu berfikir abstrak, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta, pengungkapan kebebasan diri.

Tahapan ini mengikuti pola yang konsisten untuk masing-masing individu. Walaupun setiap tahap mempunyai ciri tersendiri tetapi tidak mempunyai batas yang jelas, karena proses tumbuh kembang berjalan secara berkesinambungan. Terdapat ciri yang pasti dari pertumbuhan somatik pada remaja, yaitu peningkatan massa tulang, otot, massa lemak, kenaikan berat badan, perubahan biokimia, yang terjadi pada kedua jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan walaupun polanya berbeda. Selain itu terdapat kekhususan (*sex specific*), seperti pertumbuhan payudara pada remaja perempuan

dan rambut muka (kumis, jenggot) pada remaja laki-laki.(Caesarina Ancah, 2009)

4.3 Perubahan Fisik Remaja

Perubahan fisik dalam masa remaja merupakan hal yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan fisik yang sangat cepat untuk mencapai kematangan, termasuk organ-organ reproduksi sehingga mampu melaksanakan fungsi reproduksinya. (Soetjiningsih, 2004)

Perubahan yang terjadi yaitu :

- a. Munculnya tanda-tanda seks primer; terjadi haid yang pertama (menarche) pada remaja perempuan dan mimpi basah pada remaja laki-laki.
- b. Munculnya tanda-tanda seks sekunder, yaitu :
 - Pada remaja laki-laki; tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, suara bertambah besar, dada lebih besar, badan berotot, tumbuh kumis diatas bibir, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak.
 - Pada remaja perempuan; pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, tumbuh rambut di sekitar kemaluan dan ketiak, payudara membesar.

4.4 Tugas Perkembangan Remaja

Setiap tahap perkembangan akan terdapat tantangan dan kesulitan-kesulitan yang membutuhkan suatu ketrampilan untuk mengatasinya. Pada masa remaja, mereka dihadapkan kepada dua tugas utama, yaitu :

- a. Mencapai ukuran kebebasan atau kemandirian dari orang tua. Pada masa remaja sering terjadi adanya kesenjangan dan konflik antara remaja dengan orang tuanya. Pada saat ini ikatan emosional menjadi berkurang dan remaja sangat membutuhkan kebebasan emosional dari orang tua, misalnya dalam hal memilih teman ataupun melakukan aktifitas. Sifat remaja yang ingin memperoleh kebebasan emosional sementara orangtua yang masih ingin mengawasi dan melindungi anaknya dapat menimbulkan konflik diantara

mereka. Pada usia pertengahan, ikatan dengan orangtua semakin longgar dan mereka lebih banyak menghabiskan waktunya bersama teman sebayanya. Pada akhir masa remaja, mereka akan berusaha mengurangi kegelisahannya dan meningkatkan integritas pribadinya, identitas diri lebih kuat, mampu menunda pemuasan, kemampuan untuk menyatakan pendapat menjadi lebih baik, minat lebih stabil dan mampu membuat keputusan dan mengadakan kompromi. Akhir masa remaja adalah tahap terakhir perjuangan remaja dalam mencapai identitas diri. Bila tahap awal dan pertengahan dapat dilalui dengan baik, yaitu adanya keluarga dan kelompok sebaya yang suportif maka remaja akan mempunyai kesiapan untuk mampu mengatasi tugas dan tanggungjawab sebagai orang dewasa.

- b. Membentuk identitas untuk tercapainya integrasi diri dan kematangan pribadi. Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang panjang dan kompleks, yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang dan yang akan datang dari kehidupan individu, dan hal ini akan membentuk kerangka berfikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan. (Eriyani Linda Dwi, 2009)

4.5 Ruang Lingkup Kesehatan reproduksi dalam siklus kehidupan

Ruang lingkup kesehatan reproduksi sangat luas. Mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir hingga mati. Ruang lingkup kesehatan reproduksi yang lebih rinci digunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*). Ada empat komponen prioritas siklus hidup antara lain: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, KB, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan penyakit menular seksual, termasuk HIV / AIDS dan komponen pelayanan tersebut disebut pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PLRE). Jika ditambah dengan pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut, maka pelayanannya disebut pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK). Pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi setiap fase

kehidupan serta kesinambungan antar fase kehidupan dan apabila tidak ditangani dengan baik akan berakibat buruk nantinya. Siklus hidup dikenal dengan lima tahapan yaitu, konsepsi (janin), bayi dan anak, usia remaja, usia subur dan usia lanjut. Mulai masa bayi dan anak kebutuhan yang harus terpenuhi antara lain:

- a. ASI Eksklusif, dan penyapihan yang layak
- b. Tumbuh kembang anak, pemberian makanan dan gizi seimbang
- c. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit
- d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan
- e. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.

Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kesehatan reproduksi yang baik :

- a. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja)
- b. mengapa remaja perlu mendewasakan usia kawin serta bagaimana merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginannya dan pasangannya
- c. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi
- d. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi
- e. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual
- f. Kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya
- g. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu menangkal hal-hal yang bersifat negatif Hak-hak reproduksi

Proses reproduksi merupakan proses melanjutkan keturunan yang menjadi tanggung jawab bersama laki-laki maupun perempuan. Karena itu baik laki-laki maupun perempuan harus tahu dan mengerti mengenai berbagai aspek kesehatan reproduksi. Kesalahan dimana persoalan reproduksi lebih banyak menjadi tanggung jawab perempuan tidak boleh terjadi lagi.

Hampir sebagian besar masyarakat menganggap bahwa pubertas adalah sebagai tanda kematangan dan kesiapan individu untuk menikah dan melakukan aktifitas seksual. Oleh karena itu, tak

heran jika di pedesaan menikah dini setelah menstruasi terjadi dianggap lumrah. Padahal diperlukan pengetahuan dan persiapan yang matang untuk menjalankan kehidupan perkawinan. Pernikahan bukan saja sebuah proses mengaktifkan organ reproduksi semata, tetapi juga merupakan tanggung jawab individu terhadap diri sendiri. Banyak kasus kegagalan kehidupan rumah tangga terjadi akibat perkawinan muda usia.

Faktor penyebab hambatan pemenuhan hak informasi kesehatan reproduksi remaja ini adalah remaja dianggap sebagai makhluk yang belum sepenuhnya matang dan secara alamiah akan paham perihal seksualitas seiring dengan bertambahnya usia. Sebuah anggapan yang tidak sepenuhnya benar, karena faktanya kita tahu bahwa hampir sebagian besar penelitian mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja, menyimpulkan bahwa remaja membutuhkan informasi dan pengetahuan tersebut. Akibat minimnya saluran formal yang bisa diakses remaja untuk mengetahui tentang tumbuh kembang, maka mereka melarikan diri ke sumber-sumber informal, seperti : kelompok sebaya, media pornografi, dan media massa, yang belum tentu saja cocok bagi mereka.

Remaja sering kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, keterampilan menegosiasikan hubungan seksual dan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau serta terjamin kerahasiannya. Keprihatinan akan jaminan kerahasiaan atau kemampuan membayar dan kenyataan atau persepsi remaja terhadap sikap tidak senang yang ditunjukkan oleh pihak petugas kesehatan, semakin membatasi akses pelayanan lebih jauh, meski pelayanan itu ada. Disamping itu terdapat pula hambatan legal yang berkaitan dengan pemberian pelayanan dan informasi kepada kelompok remaja. Banyak diantara remaja yang kurang atau tidak memiliki hubungan yang stabil dengan orangtuanya maupun dengan orang dewasa lainnya, dengan siapa seyogianya remaja dapat berbicara tentang masalah kesehatan reproduksi yang memprihatinkan atau yang menjadi perhatian mereka.

4.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Remaja

Menurut Pinem kesehatan reproduksi remaja dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

- a. Faktor demografis, hal tersebut dapat dinilai dari data usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil.
- b. Faktor sosial ekonomi, dapat dinilai dari tingkat pendidikan, akses terhadap pelayanan kesehatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan, rasio melek huruf, rasio remaja tidak sekolah atau melek huruf.
- c. Faktor budaya dan lingkungan, yaitu mencakup pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak, dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.
- d. Faktor psikologi, antara lain rasa rendah diri, tekanan teman sebaya, tindak kekerasan di rumah atau lingkungan, dan ketidakharmonisan orang tua.
- e. Faktor biologis, meliputi gizi buruk kronis, kondisi anemia, kelainan bawaan organ reproduksi, kelainan akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan (Pinem, 2009)

4.7 Kebutuhan Riil Remaja

Kebutuhan riil remaja terkait hak mendapatkan informasi akurat tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi ini kadang juga dibedakan berdasarkan variasi kelompok. Misalnya, kebutuhan remaja desa berbeda dengan remaja kota. Kerentanan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) antara 'remaja jalanan' (anak jalanan) dan remaja sekolah juga berbeda. Remaja yang bekerja sebagai buruh pabrik juga mempunyai karakteristik dan masalah-masalah yang berbeda dengan remaja yang bekerja di sektor informal, dan sebagainya. Sehingga pemenuhan kebutuhan ini butuh disesuaikan dengan konteks sosial dan budaya yang dihadapi masing-masing remaja. (Atun, 2004)

Namun demikian, secara umum kebutuhan riil menyangkut hak dasar remaja akan informasi terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi itu, antara lain sebagai berikut :

- a. Penyediaan layanan yang ramah dan mudah diakses bagi remaja, tanpa memandang usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan situasi keuangan mereka.
- b. Adanya dukungan terpenuhinya hak setiap remaja untuk menikmati seks dan ekspresi seksualitas mereka dalam cara-cara yang mereka pilih sendiri.
- c. Penyediaan informasi dan pemberian hak mendapatkan pendidikan mengenai reproduksi dan seksualitas. Informasi dan pendidikan yang diberikan ini harus mendorong terjadinya independensi dan keyakinan diri remaja, dan memberikan pengetahuan agar mereka bisa membuat keputusan sendiri terkait reproduksi dan seksual mereka.
- d. Adanya jaminan kerahasiaan dalam relasi sosial dan seluruh aspek dari seksualitas mereka.
- e. Penyediaan informasi yang bisa diakses sesuai dengan perkembangan remaja.
- f. Setiap remaja yang aktif secara seksual atau tidak; dan yang memiliki keragaman orientasi seksual bisa mendapatkan informasi agar mereka merasa nyaman dengan tubuh dan seksualitas mereka sendiri.
- g. Setiap remaja mendapatkan persiapan untuk memiliki ketrampilan melakukan negosiasi dalam relasi sosialnya, termasuk dalam masa pacaran dan dalam melakukan tindakan seks yang lebih aman (bagi yang seksual aktif).

4.8 Hak-Hak Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi

Selain kebutuhan-kebutuhan tersebut, remaja juga memiliki hak-hak mendasar terkait kesehatan reproduksinya. Hak-hak itu juga harus terpenuhi sebagai kebutuhan dasar mereka. (Mukhatib MD., no date)

Hak-hak itu adalah :

- a. Hak hidup. Ini adalah hak dasar setiap individu tidak terkecuali remaja, untuk terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, khususnya bagi remaja perempuan.

- b. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan. Termasuk dalam hal ini adalah perlindungan privasi, martabat, kenyamanan, dan kesinambungan.
- c. Hak atas kerahasiaan pribadi. Artinya, pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja dan setiap individu harus menjaga kerahasiaan atas pilihan-pilihan mereka.
- d. Hak atas informasi dan pendidikan. Ini termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan perorangan maupun keluarga dengan adanya informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi yang memadai tersebut.
- e. Hak atas kebebasan berpikir. Ini termasuk hak kebebasan berpendapat, terbebas dari penafsiran ajaran yang sempit, kepercayaan, tradisi, mitos-mitos, dan filosofi yang dapat membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual.
- f. Hak berkumpul dan berpartisipasi dalam politik. Hal ini termasuk mendesak pemerintah dan parlemen agar menempatkan masalah kesehatan reproduksi menjadi prioritas kebijakan negara.
- g. Hak terbebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk. Hal ini terutama bagi anak-anak dan remaja untuk mendapatkan perlindungan dari eksploitasi, pelecehan, perkosaan, penyiksaan, dan kekerasan seksual.
- h. Hak mendapatkan manfaat dari ilmu pengetahuan terbaru. Yaitu hak mendapatkan pelayan kesehatan reproduksi yang terbaru, aman, dan dapat diterima.
- i. Hak memutuskan kapan punya anak, dan punya anak atau tidak.
- j. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi. Ini berarti setiap individu dan juga remaja berhak bebas dari segala bentuk diskriminasi termasuk kehidupan keluarga, reproduksi, dan seksual.
- k. Hak untuk memilih bentuk keluarga. Artinya, mereka berhak merencanakan, membangun, dan memilih bentuk keluarga (hak untuk menikah atau tidak menikah).
- l. Hak atas kebebasan dan keamanan. Remaja berhak mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya, sehingga tidak seorang

pun dapat memaksanya untuk hamil, aborsi, ber-KB dan sterilisasi.

4.9 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Kuatnya norma sosial yang menganggap seksualitas adalah tabu akan berdampak pada kuatnya penolakan terhadap usulan agar pendidikan seksualitas terintegrasikan ke dalam kurikulum pendidikan. Sekalipun sejak reformasi bergulir hal ini telah diupayakan oleh sejumlah pihak seperti organisasi-organisasi non pemerintah (NGO), dan juga pemerintah sendiri (khususnya Departemen Pendidikan Nasional), untuk memasukkan seksualitas dalam mata pelajaran 'Pendidikan Reproduksi Remaja'; namun hal ini belum sepenuhnya mampu mengatasi problem riil yang dihadapi remaja. (Widaninggar., 2004)

Faktanya, masalah terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi masih banyak dihadapi oleh remaja. Masalah-masalah tersebut antara lain :

- a. Perkosaan. Kejahatan perkosaan ini biasanya banyak sekali modusnya. Korbannya tidak hanya remaja perempuan, tetapi juga laki-laki (sodomi). Remaja perempuan rentan mengalami perkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta.
- b. Free sex. Seks bebas ini dilakukan dengan pasangan atau pacar yang berganti-ganti. Seks bebas pada remaja ini (di bawah usia 17 tahun) secara medis selain dapat memperbesar kemungkinan terkena infeksi menular seksual dan virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus), juga dapat merangsang tumbuhnya sel kanker pada rahim remaja perempuan. Sebab, pada remaja perempuan usia 12-17 tahun mengalami perubahan aktif pada sel dalam mulut rahimnya. Selain itu, seks bebas biasanya juga dibarengi dengan penggunaan obat-obatan terlarang di kalangan remaja. Sehingga hal ini akan semakin memperparah persoalan yang dihadapi remaja terkait kesehatan reproduksi ini.
- c. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Hubungan seks pranikah di kalangan remaja didasari pula oleh mitos-mitos seputar masalah seksualitas. Misalnya saja, mitos berhubungan seksual

dengan pacar merupakan bukti cinta. Atau, mitos bahwa berhubungan seksual hanya sekali tidak akan menyebabkan kehamilan. Padahal hubungan seks sekalipun hanya sekali juga dapat menyebabkan kehamilan selama si remaja perempuan dalam masa subur.

- d. Aborsi. Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait KTD biasanya tergolong dalam kategori aborsi provokatus, atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan. Namun begitu, ada juga yang keguguran terjadi secara alamiah atau aborsi spontan. Hal ini terjadi karena berbagai hal antara lain karena kondisi si remaja perempuan yang mengalami KTD umumnya tertekan secara psikologis, karena secara psikososial ia belum siap menjalani kehamilan. Kondisi psikologis yang tidak sehat ini akan berdampak pula pada kesehatan fisik yang tidak menunjang untuk melangsungkan kehamilan.
- e. Perkawinan dan kehamilan dini. Nikah dini ini, khususnya terjadi di pedesaan. Di beberapa daerah, dominasi orang tua biasanya masih kuat dalam menentukan perkawinan anak dalam hal ini remaja perempuan. Alasan terjadinya pernikahan dini adalah pergaulan bebas seperti hamil di luar pernikahan dan alasan ekonomi. Remaja yang menikah dini, baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia. Gejala ini berkaitan dengan distribusi makanan yang tidak merata, antara janin dan ibu yang masih dalam tahap proses pertumbuhan.
- f. IMS (Infeksi Menular Seksual) atau PMS (Penyakit Menular Seksual), dan HIV/AIDS. IMS ini sering disebut juga penyakit kelamin atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Sebab IMS dan HIV sebagian besar menular melalui hubungan seksual baik melalui vagina, mulut, maupun dubur. Untuk HIV sendiri bisa menular dengan transfusi darah dan dari ibu kepada janin yang dikandungnya. Dampak yang ditimbulkannya juga sangat besar sekali, mulai dari gangguan

organ reproduksi, keguguran, kemandulan, kanker leher rahim, hingga cacat pada bayi dan kematian.

4.10 Penanganan Kesehatan Reproduksi Remaja

Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi perempuan dan laki-laki menggunakan pendekatan siklus kehidupan (Widaninggar., 2004). Berdasarkan masalah yang terjadi pada setiap fase kehidupan, maka upaya-upaya penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja sebagai berikut :

- a. Gizi seimbang.
- b. Informasi tentang kesehatan reproduksi.
- c. Pencegahan kekerasan, termasuk seksual.
- d. Pencegahan terhadap ketergantungan NAPZA.
- e. Pernikahan pada usia wajar.
- f. Pendidikan dan peningkatan ketrampilan.
- g. Peningkatan penghargaan diri.
- h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman

4.11 Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Dengan informasi yang benar, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi (Depkes RI, 2003).

Kepedulian pemerintah terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja cenderung semakin tinggi. Hal ini disebabkan antara lain karena berbagai masalah yang dihadapi remaja semakin kompleks. Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode yang dikenal sebagai pubertas serta diiringi dengan perkembangan seksual. Kondisi ini menyebabkan remaja menjadi rentan terhadap masalah-masalah perilaku berisiko, seperti melakukan hubungan seks sebelum menikah dan penyalahgunaan napza, yang keduanya dapat membawa risiko terhadap penularan HIV

dan AIDS. Kompleksitas permasalahan remaja tersebut perlu mendapat perhatian secara terus menerus baik dari pihak pemerintah, LSM, masyarakat, maupun keluarga, guna menjamin kualitas generasi mendatang (Depkes RI., 2013)

Beberapa fakta menunjukkan bahwa permasalahan pada remaja perlu mendapat perhatian, misalnya tingkat pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah, khususnya dalam hal cara-cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi, seperti pencegahan KTD, IMS, serta HIV dan AIDS. Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (SKRRI) tahun 2002-2003 yang dilakukan oleh BPS memperlihatkan bahwa tingkat pengetahuan dasar penduduk usia 15-24 tahun tentang ciri-ciri pubertas sudah cukup baik, namun dalam hal pengetahuan tentang masa subur, risiko kehamilan, dan anemia relatif masih rendah.

Masa remaja ditandai pula dengan banyaknya rasa ingin tahu pada diri seseorang dalam berbagai hal, tidak terkecuali bidang seks. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, organ reproduksi juga mengalami perkembangan dan pada akhirnya akan mengalami kematangan. Pada masa pubertas, hormon-hormon yang mulai berfungsi selain menyebabkan perubahan fisik atau tubuh juga mempengaruhi dorongan seks remaja. Remaja mulai merasakan dengan jelas meningkatnya dorongan seks dalam dirinya, misalnya muncul ketertarikan dengan orang lain dan keinginan untuk mendapatkan kepuasan seksual. Kematangan organ reproduksi dan perkembangan psikologis remaja yang mulai menyukai lawan jenisnya serta arus media informasi baik elektronik maupun non elektronik akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seksual individu remaja tersebut (Waspodo, 2005). Sebagai akibat proses kematangan sistem reproduksi ini, seorang remaja sudah dapat menjalankan fungsi prokreasinya, artinya sudah dapat mempunyai keturunan. Meskipun demikian, hal ini tidak berarti bahwa remaja sudah mampu bereproduksi dengan aman secara fisik. Usia reproduksi sehat untuk wanita adalah antara 20–30 tahun. Faktor yang mempengaruhinya ada bermacam-macam. Misalnya, sebelum wanita berusia 20 tahun secara fisik kondisi organ reproduksi seperti rahim belum cukup siap untuk memelihara hasil pembuahan dan pengembangan janin. Selain itu, secara mental pada umur ini wanita belum cukup matang dan dewasa. Seorang ibu muda biasanya memiliki kemampuan perawatan pra-natal

kurang baik karena rendahnya pengetahuan dan rasa malu untuk datang memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2005)

Pendidikan KRR untuk memberikan bekal pengetahuan kepada remaja mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, proses perkembangan janin, dan berbagai permasalahan reproduksi seperti kehamilan, PMS, HIV/AIDS, KTD dan dampaknya, serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yg sehat (fisik, mental, ekonomi, spiritual). Pendidikan KRR dapat diwujudkan dalam penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, penanganan masalah yang berkaitan dengan KRR termasuk upaya mencegah masalah perinatal yang dapat dialami oleh ibu dan anak yang dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2005)

4.11.1 Tujuan Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

- a. Tujuan Umum Meningkatkan kualitas remaja melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi bagi remaja secara terpadu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
- b. Tujuan Khusus
 - Meningkatnya komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non pemerintah.
 - Meningkatnya efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi remaja melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
 - Meningkatnya keterpaduan dan kemitraan pelaksanaan program KRR bagi seluruh sektor terkait, dipusat, provinsi dan kabupaten/kota.

4.11.2 Kebijakan Dan Strategi Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Arah Kebijakan Program KRR adalah mewujudkan TEGAR REMAJA, dalam rangka Tegar Keluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai misi Keluarga Berencana Nasional. Kehidupan remaja adalah tahap transisi kehidupan yang memiliki 5

masa transisi kehidupan (*five life transitions of youth*) pada saat remaja dihadapkan untuk mengambil keputusan dalam lima bidang kehidupan yaitu:

- a. Melanjutkan sekolah,
- b. Mencari pekerjaan,
- c. Memulai kehidupan berkeluarga,
- d. Menjadi anggota masyarakat,
- e. Mempraktekkan hidup sehat.

Dari lima bidang atau tahapan kehidupan dimana remaja harus mengambil keputusan ternyata sangat tergantung pada cara remaja mengambil keputusan untuk bisa mempraktekkan hidup sehat. Keputusan apakah remaja mempraktekkan atau tidak mempraktekkan hidup sehat akan mewarnai kualitas kehidupan pada 4 bidang kehidupan yang lain. Mempraktekkan pola hidup sehat pada masa transisi kehidupan remaja adalah dalam rangka mewujudkan kehidupan TEGAR REMAJA. Adapun ciri TEGAR REMAJA adalah remaja yang:

- a. Menunda usia pernikahan,
- b. Berperilaku sehat
- c. Terhindar dari resiko triad-krr (seksualitas, hiv dan aids, dan napza),
- d. Bercita-cita mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera,
- e. Menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

4.11.3 Ruang Lingkup Asuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi:

- a. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
- b. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,
- c. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya),
- d. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkelahian antar remaja dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Atun, dkk. 2004. 'IMS atau Penyakit Kelamin, dalam Kesehatan Reproduksi Remaja, Kerjasama Jaringan Khusus Kesehatan untuk Anak Jalanan Perempuan di Yogyakarta, bersama PKBI-DIY'.
- Caesarina Ancah. 2009. 'Kespro Remaja, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris. Juni 2009'.
- Depkes RI. 2013. *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Eriyani Linda Dwi. 2009. 'Kesehatan Reproduksi Remaja: Menyoal Solusi. 2006, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris'.
- Iskandarsyah, A. 2006. 'Remaja dan Permasalahannya: Perspektif Psikologi Terhadap Permasalahan Remaja dalam Bidang Pendidikan'.
- Mukhatib MD. (no date) 'Problem Kesehatan Reproduksi Remaja: Tawaran Solusi, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009', 2009.
- Pinem, S. 2009. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Soetjningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Widaninggar. 2004. 'Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Kecakapan Hidup (Life Skills Education) untuk Pencegahan HIV dan AIDS. Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Departemen Pendidikan Nasional.

BAB 5

MASALAH DAN GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Eva Mesi Setiana

5.1 Pengertian Gangguan Kesehatan Reproduksi

Gangguan Reproduksi Gangguan reproduksi adalah kegagalan seorang wanita dalam manajemen kesehatan reproduksinya (Manuaba, IAC., I Bagus, 2010) Masalah kesehatan reproduksi pada wanita dapat meliputi gangguan menstruasi, kelainan sistem reproduksi, penyakit yang menyangkut sistem reproduksi seperti Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV/AIDS dan tumor (Irianto Koes, 2014) Gangguan menstruasi dapat dipengaruhi oleh karena ketidakseimbangan hormon yang berperan dalam sistem reproduksi. Misalnya adalah pada penyakit tumor berupa mioma, berasal dari satu sel otot yang kemudian membesar oleh karena respon terhadap hormon estrogen (Benson, 2009)

5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Menurut Pinem kesehatan reproduksi remaja dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

- a. Faktor demografis, hal tersebut dapat dinilai dari data usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil.
- b. Faktor sosial ekonomi, dapat dinilai dari tingkat pendidikan, akses terhadap pelayanan kesehatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan, rasio melek huruf, rasio remaja tidak sekolah atau melek huruf.
- c. Faktor budaya dan lingkungan, yaitu mencakup pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak, dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

- d. Faktor psikologi, antara lain rasa rendah diri, tekanan teman sebaya, tindak kekerasan di rumah atau lingkungan, dan ketidakharmonisan orang tua.
- e. Faktor biologis, meliputi gizi buruk kronis, kondisi anemia, kelainan bawaan organ reproduksi, kelainan akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan (Pinem, 2009)

5.3 Masalah Kesehatan Reproduksi

5.3.1 Masalah Reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

5.3.2 Masalah Gender Dan Seksualitas

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian. Seksualitas dikalangan remaja. Status dan peran perempuan. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

Gender adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara perempuan dan atau laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman. Gender (Bahasa

Inggris) yang diartikan sebagai jenis kelamin. Namun jenis kelamin di sini bukan seks secara biologis, melainkan sosial budaya dan psikologis, tetapi lebih memfokuskan perbedaan peranan antara pria dengan wanita, yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan norma sosial dan nilai sosial budaya masyarakat yang bersangkutan.

Seks adalah perbedaan jenis kelamin yang telah ditentukan oleh Allah SWT berdasarkan fungsi biologis. Seks berarti pria ataupun wanita yang pembedaannya berdasar pada jenis kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara pria dan wanita berdasar pada jenis kelamin yang ditandai oleh perbedaan anatomi tubuh dan genetiknya. Perbedaan seperti ini lebih sering disebut sebagai perbedaan secara biologis atau bersifat kodrati dan sudah melekat pada masing-masing individu sejak lahir.

5.3.3 Masalah Kekerasan Dan Perkosaan Terhadap Perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

5.3.4 Masalah Penyakit Yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorrhoea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes. Masalah HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome*); Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual. Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/Penjaja Seks Komersial). Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

5.3.5 Masalah Pelacuran

Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran. Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya.

5.3.6 Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung). Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (*gender fetal screening*). Penapisan genetik (*genetic screening*). Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan. Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

5.4 Macam-Macam Gangguan Kesehatan Reproduksi

5.4.1 Gangguan Menstruasi

Macam-Macam Gangguan yang Berhubungan dengan Menstruasi ;

- a. Mastodinial/Mastalgia Rasa berat dan bengkak pada payudara menjelang menstruasi yang disebabkan oleh pengaruh estrogen yang menyebabkan retensi natrium dan air pada payudara serta menimbulkan rasa nyeri.
- b. Kelainan Siklus Menstruasi
 - 1) Amenorrhea
Amenorrhea adalah tidak adanya menstruasi. Kategori amenorrhea primer jika wanita di usia 16 tahun belum mengalami menstruasi, sedangkan amenorrhea sekunder adalah yang terjadi setelah menstruasi. Secara klinis, kriteria amenorrhea adalah tidak adanya menstruasi selama enam bulan atau selama tiga kali tidak menstruasi sepanjang siklus menstruasi sebelumnya. Berdasarkan penelitian, amenorrhea adalah apabila tidak ada menstruasi dalam rentang 90 hari. Amenorrhea sering terjadi pada wanita yang sedang menyusui, tergantung frekuensi menyusui dan status nutrisi dari wanita tersebut
 - 2) Oligomenorrhea Oligomenorrhea adalah tidak adanya menstruasi untuk jarak interval yang pendek atau tidak normalnya jarak waktu menstruasi yaitu jarak siklus menstruasi 35-90 hari
 - 3) Polimenorhea
Polymenorrhea adalah sering menstruasi yaitu jarak siklus menstruasi yang pendek kurang dari 21- hari.
- c. Kelainan dalam banyaknya darah dan lamanya perdarahan pada menstruasi

Gangguan perdarahan terbagi menjadi tiga, yaitu perdarahan yang berlebihan/banyak, perdarahan yang panjang, dan perdarahan yang sering. Terminologi mengenai jumlah perdarahan meliputi: pola aktual perdarahan, fungsi ovarium, dan kondisi patologis. Abnormal Uterin Bleeding (AUB) adalah keadaan yang menyebabkan gangguan perdarahan menstruasi. Secara umum terdiri dari:

- 1) Menorrhagia Kondisi perdarahan yang terjadi reguler dalam interval yang normal, durasi dan aliran darah lebih banyak.
 - 2) Metroragia Kondisi perdarahan dalam interval irreguler, durasi dan aliran darah berlebihan/banyak.
 - 3) Hipermenore Perdarahan menstruasi dengan jumlah darah lebih banyak dan/atau durasi lebih lama dari normal.
 - 4) Hipomenore Perdarahan menstruasi dengan jumlah darah lebih sedikit dan/atau durasi lebih pendek dari normal.
- d. Gangguan lain yang berhubungan dengan menstruasi
- 1) Premenstruasi Syndrome (PMS)
Premenstruasi Syndrome (PMS) atau gejala premenstruasi, dapat menyertai sebelum dan saat menstruasi, seperti perasaan malas bergerak, badan menjadi lemas, serta mudah lelah. Nafsu makan meningkat dan suka makan makanan yang rasanya asam. Emosi menjadi labil. Biasanya wanita mudah marah, sensitif, dan 23 perasaan negatif lainnya. Saat PMS, gejala yang sering timbul adalah mengalami kram perut, nyeri kepala, pingsan, berat badan bertambah karena tubuh menyimpan air dalam jumlah yang banyak serta pinggang terasa pegal
 - 2) Dysmenorrhea
Pada saat menstruasi, wanita kadang mengalami nyeri. Sifat dan tingkat rasa nyeri bervariasi, mulai dari ringan hingga yang berat. Kondisi tersebut dinamakan Dysmenorrhea, yaitu keadaan nyeri yang hebat dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Dysmenorrhea merupakan suatu fenomena simptomatik meliputi nyeri abdomen, kram, dan sakit punggung. Gejala

gastrointestinal seperti mual dan diare dapat terjadi sebagai gejala menstruasi

Dismenorea adalah nyeri selama menstruasi yang disebabkan oleh kejang otot uterus. Nyeri selama atau sesaat sebelum menstruasi, merupakan masalah kandungan yang paling sering dialami oleh wanita di segala usia. Rasa nyeri biasanya terdapat di area suprapubik atau perut bagian bawah. Wanita menggambarkan nyeri yang tajam, kram, atau seperti diperas atau sebagai nyeri tumpul menetap.

Macam-Macam Dismenore ;

- Dismenore primer

Nyeri haid yang terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih – dengan intensitas dan durasi yang tidak memburuk secara bermakna, namun tetap sama dalam setiap daur haid – yang memiliki sebab fisiologik. Gejala dismenore berupa nyeri biasanya dimulai pada saat onset menstruasi dan berlangsung selama 8-48 jam. Penelitian El-Gilany, Badawi dan El-Fedawy mengelompokkan lamanya dismenore menjadi tiga, yaitu 48 jam.

- Dismenore sekunder

Nyeri menstruasi yang umumnya terjadi setelah usia 25 tahun. Hal ini berhubungan dengan abnormalitas panggul seperti adenomiosis, endometriosis, penyakit radang panggul, polip, mioma, atau penggunaan alat kontrasepsi dalam kandungan. Nyeri sering kali dimulai beberapa hari sebelum mens, namun hal ini dapat terjadi pada saat ovulasi dan berlanjut selama hari pertama menstruasi atau dimulai setelah menstruasi terjadi.

5.4.2 Infertilitas

a. Pengertian Infertilitas

Infertilitas adalah ketidakmampuan untuk hamil setelah sekurang-kurangnya satu tahun berhubungan seksual sedikitnya empat kali seminggu tanpa kontrasepsi. Infertilitas adalah bila pasangan suami istri, setelah bersanggama secara

teratur 2-3 kali seminggu, tanpa memakai metode pencegahan belum mengalami kehamilan selama satu tahun (Mansjoer, 2004). Mengingat faktor usia merupakan faktor yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan, maka bagi perempuan berusia 35 tahun atau lebih tentu tidak perlu harus menunggu selama 1 tahun. Minimal enam bulan sudah cukup bagi pasien dengan masalah infertilitas untuk datang ke dokter untuk melakukan pemeriksaan dasar.

b. Jenis Infertilitas

Jenis infertilitas ada dua yaitu infertilitas primer dan infertilitas sekunder. Infertilitas primer adalah kalau istri belum pernah hamil walaupun bersanggama tanpa usaha kontrasepsi dan dihadapkan pada kepada kemungkinan kehamilan selama dua belas bulan. Infertilitas sekunder adalah kalau isrti pernah hamil, namun kemudian tidak terjadi kehamilan lagi walaupun bersanggama tanpa usaha kontrasepsi dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama dua belas bulan.

c. Penyebab Infertilitas

Penyebab infertilitas dapat dibagi menjadi tiga kelompok : satu pertiga masalah terkait pada wanita, satu pertiga pada pria dan satu pertiga disebabkan oleh faktor kombinasi.

- Masalah vagina Infeksi vagina seperti vaginitis, trikomonas vaginalis yang hebat akan menyebabkan infeksi lanjut pada portio, serviks, endometrium bahkan sampai ke tuba yang dapat menyebabkan gangguan pergerakan dan penyumbatan pada tuba sebagai organ reproduksi vital untuk terjadinya konsepsi. Disfungsi seksual yang mencegah penetrasi penis, atau lingkungan vagina yang sangat asam, yang secara nyata dapat mengurangi daya hidup sperma.
- Masalah serviks Gangguan pada setiap perubahan fisiologis yang secara normal terjadi selama periode praovulatori dan ovulatori yang membuat lingkungan serviks kondusif bagi daya hidup sperma misalnya peningkatan alkalinitas dan peningkatan sekresi
- Masalah uterus Nidasi ovum yang telah dibuahi terjadi di endometrium. Kejadian ini tidak dapat berlangsung

apabila ada patologi di uterus. Patologi tersebut antara lain polip endometrium, adenomiosis, mioma uterus atau leiomioma, bekas kuretase dan abortus septik. Kelainan-kelainan tersebut dapat mengganggu implantasi, pertumbuhan, nutrisi serta oksigenisasi janin (Wiknjosastro, 2002)

- Masalah tuba Saluran telur mempunyai fungsi yang sangat vital dalam proses kehamilan. Apabila terjadi masalah dalam saluran reproduksi wanita tersebut, maka dapat menghambat pergerakan ovum ke uterus, mencegah masuknya sperma atau menghambat implantasi ovum yang telah dibuahi. Sumbatan di tuba falopi merupakan salah satu dari banyak penyebab infertilitas. Sumbatan tersebut dapat terjadi akibat infeksi, pembedahan tuba atau adhesi yang disebabkan oleh endometriosis atau inflamasi. Infertilitas yang berhubungan dengan masalah tuba ini yang paling menonjol adalah adanya peningkatan insiden penyakit radang panggul (*pelvic inflammatory disease*-PID). PID ini menyebabkan jaringan parut yang memblok kedua tuba falopi.
- Masalah ovarium Wanita perlu memiliki siklus ovulasi yang teratur untuk menjadi hamil, ovumnya harus normal dan tidak boleh ada hambatan dalam jalur lintasan sperma atau implantasi ovum yang telah dibuahi. Dalam hal ini masalah ovarium yang dapat mempengaruhi infertilitas yaitu kista atau tumor ovarium, penyakit ovarium polikistik, endometriosis, atau riwayat pembedahan yang mengganggu siklus ovarium. Dari perspektif psikologis, terdapat juga suatu korelasi antara hyperprolaktinemia dan tingginya tingkat stress diantara pasangan yang mempengaruhi fungsi hormone (Henderson, C, Jones, 2006).

5.4.3 Gangguan Sistem Reproduksi Wanita

a. Sindrom ovarium polikistik

Sindrom ovarium polikistik (PCOS) adalah salah satu penyakit pada sistem reproduksi wanita yang sering menyebabkan masalah kesuburan. Penyakit ini sering

ditemukan pada wanita dengan usia subur. Penyakit ini disebabkan oleh gangguan pada ovarium atau kelenjar adrenal, sehingga hormon androgen (hormon seks laki-laki) di dalam tubuh wanita berjumlah lebih banyak dari kadar normal. Tingginya kadar hormon ini akan mengganggu perkembangan ovarium dan pelepasan sel telur selama ovulasi. SOPK merupakan kondisi kelainan endokrin yang menyerang sekitar 5- 10% wanita pada usia reproduktif. Angka kejadian ini bergantung pada populasi yang diteliti, prevalensi tertinggi yang pernah dilaporkan adalah 26%. Meskipun masih diperdebatkan konsensus mana yang digunakan untuk menegakkan diagnosis SOPK, namun angka kejadiannya dipastikan meningkat dari waktu ke waktu. (Andon, H., 2013)

Hingga saat ini, penyebab SOPK masih belum diketahui sepenuhnya. Berbagai sumber menjelaskan bahwa SOPK terjadi akibat interaksi kompleks antara faktor genetik dan lingkungan. Dengan berkembangnya teknologi, fokus penelitian untuk mencari penyebab SOPK terus berubah, dari faktor ovarium, poros hipotalamus-hipofisis-ovarium, hingga gangguan aktivitas insulin. Ketiga faktor ini saling berinteraksi dalam mengatur fungsi ovarium.(Andon 2013)

Faktor genetik pada pasien SOPK diperkirakan terjadi penurunan autosomal dominan atau terpaut-X. Selain itu, juga dilaporkan adanya penetrasi inkomplit, penurunan poligenik, dan faktor epigenetik, mutasi tunggal juga dapat menghasilkan fenotip SOPK. Salah satunya adalah polimorfisme pada gen 17-hidroksilase atau enzim CYP 17 yang berperan dalam produksi androgen. Lingkungan endokrin pada perempuan dengan anovulasi kronik cenderung berada pada tahap stabil, yang berarti konsentrasi gonadotropin dan steroid seks cenderung stabil. Hal ini berbeda dengan konsentrasi siklik pada perempuan normal. (Richard, S.L., 2013)

Wanita yang memiliki SOPK dapat mengalami beberapa tanda dan gejala, seperti:

- Haid tidak teratur
- Banyak rambut atau bulu yang tumbuh di bagian tubuh tertentu
- Mudah berjerawat

- Kebotakan

b. Infeksi menular seksual (IMS)

PMS adalah singkatan dari Penyakit Menular Seksual, yang berarti suatu infeksi atau penyakit yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (oral, anal atau lewat vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin, atau infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Harus diperhatikan bahwa PMS menyerang sekitar alat kelamin tapi gejalanya dapat muncul dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak, dan organ tubuh lainnya. Contohnya, baik HIV/AIDS dan Hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seks tapi keduanya tidak terlalu menyerang alat kelamin. (Daili, 2007)

Pada perempuan sebagian besar tanpa gejala sehingga sering kali tidak disadari. Jika ada gejala, biasanya berupa antara lain:

- Rasa sakit atau nyeri pada saat kencing atau berhubungan seksual,
- Rasa nyeri pada perut bagian bawah,
- Pengeluaran lendir pada vagina/alat kelamin,
- Keputihan berwarna putih susu, bergumpal dan disertai rasa gatal dan kemerahan pada alat kelamin atau sekitarnya,
- Keputihan yang berbusa, kehijauan, berbau busuk, dan gatal,
- Timbul bercak-bercak darah setelah berhubungan seksual,
- Bintil-bintil berisi cairan, 8. Lecet atau borok pada alat kelamin.

Berikut ini akan dipaparkan sepuluh faktor resiko teratas yang berpengaruh pada peluang Anda terkena PMS:

- Seks tanpa pelindung
- Berganti-ganti pasangan
- Mulai aktif secara seksual pada usia dini
- Penggunaan alkohol
- Penyalahgunaan obat
- Seks untuk uang/obat
- Hidup di masyarakat yang prevalensi PMS-nya tinggi
- Monogami serial

- Sudah terkena suatu PMS
- Cuma pakai pil KB untuk kontrasepsi (Rukiyah,Ai Yeyeh, 2010)

c. Mioma Uteri

Mioma uteri yaitu tumor jinak pada rahim, selain bisa ganas, lebih sering muncul tumor jinak pada rahim atau mioma uteri. Jenis tumornya tidak hanya satu. Bisa tumbuh dibagian dinding luar rahim, pada otot rahimnya, atau bisa juga dibagian dinding dalam rahim sendiri. Ini jenis tumor yang lebih banyak ditemukan. Rata-rata pada wanita di atas usia 30 tahun (Irianto Koes, 2014)

Penyebab pasti mioma tidak diketahui secara pasti. Mioma jarang sekali ditemukan sebelum pubertas, sangat dipengaruhi oleh hormon reproduksi dan hanya manifestasi selama usia reproduktif. Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil didalam miometrium dan lambat laun membesar karena pertumbuhan itu miometrium mendesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semua mengelilingi tumor didalam uterus mungkin terdapat satu mioma akan tetapi mioma biasanya banyak. Bila ada satu mioma dapat menonjol kedepan sehingga menekan dan mendorong kandung kemih keatas sehingga sering menimbulkan keluhan miksi (Aspiani, 2017)

Deteksi mioma uteri dapat dilakukan dengan cara:

- Pemeriksaan darah lengkap : Hb turun, Albumin turun, Lekosit turun atau meningkat, Eritrosit turun.
- USG : terlihat massa pada daerah uterus.
- Vaginal toucher (VT) : didapatkan perdrahan pervaginam, teraba massa, konsistensi dan ukurannya.
- Sitologi : menentukan tingkat keganasan dari sel-sel neoplasma tersebut.
- Rontgen : untuk mengetahui kelainan yang mungkin ada yang dapat menghambat tindakan operasi
- ECG : mendeteksi, kelainan yang mungkin terjadi yang dapat mempengaruhi tindakan operasi. Menurut(Setyorini, 2014))

Pemeriksaan fisik mioma uteri meliputi :

- Pemeriksaa abdomen : teraba massa didaerah pubis atau abdomen bagian bawah dengan konsistensi kenyal, bulat,

berbatas tegas, sering berbenjol atau bertangkai, mudah digerakan, tidak nyeri.

- Pemeriksaan bimanual : didapatkan tumor tersebut menyatu atau berhubungan dengan uterus, ikut bergerak pada pergerakan serviks

Meski penyebab pasti miom rahim masih belum diketahui, namun ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko wanita untuk terkena penyakit ini, yaitu:

- Gangguan hormonal (perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron)
- Faktor genetik atau keturunan
- Menderita obesitas
- Terlalu banyak mengonsumsi daging merah

d. Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan tumor ganas yang tumbuh di dalam leher rahim (serviks), yaitu bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina (Hartati dkk., 2014). Berdasarkan pemaparan tersebut kanker serviks atau yang dikenal juga dengan sebutan kanker leher rahim merupakan kanker ganas yang tumbuh dileher rahim yang disebabkan oleh Human Papilloma Virus.

Penyebab utama kanker serviks adalah Human Papilloma Virus (HPV). Lebih dari 90% kanker leher rahim adalah jenis skuamosa yang mengandung DNA virus Human Papilloma Virus (HPV) dan 50% kanker servik berhubungan dengan Human Papilloma Virus tipe 16. Virus HPV dapat menyebar melalui hubungan seksual terutama pada hubungan seksual yang tidak aman. Virus HPV menyerang selaput pada mulut dan kerongkongan serta anus dan akan menyebabkan terbentuknya sel-sel pra-kanker dalam jangka waktu yang panjang

Pada tahap awal dan pra kanker biasanya tidak akan mengalami gejala. Gejala akan muncul setelah kanker menjadi kanker invasif. Secara umum gejala kanker serviks yang sering timbul (Malehere, 2019) adalah :

- Perdarahan pervagina abnormal Perdarahan dapat terjadi setelah berhubungan seks, perdarahan setelah menopause, perdarahan dan bercak diantara periode menstruasi, dan

periode menstruasi yang lebih lama atau lebih banyak dari biasanya serta perdarahan setelah douching atau setelah pemeriksaan panggul.

- Keputihan Cairan yang keluar mungkin mengandung darah, berbau busuk dan mungkin terjadi antara periode menstruasi atau setelah menopause.
- Nyeri panggul Nyeri panggul saat berhubungan seks atau saat pemeriksaan panggul.
- Trias Berupa back pain, oedema tungkai dan gagal ginjal merupakan tanda kanker serviks tahap lanjut dengan keterlibatan dinding panggul yang luas.

Predisposisi adalah kondisi yang memicu munculnya kanker. Faktor- faktor yang bisa memicu terjadinya kanker serviks antara lain:

- Risiko terkena kanker serviks akan meningkat apabila seorang perempuan memiliki mitra seksual multipel atau sama saja ketika pasangannya memiliki mitra seksual multipel. Selain itu akan sangat berisiko apabila pasangan mengidap kondiloma akuminata
- Umur pertama kali hubungan seksual merupakan salah satu faktor yang cukup penting. Perempuan yang melakukan hubungan seksual sebelum usia 16 tahun mempunyai risiko lebih tinggi karena pada usia itu epitel atau lapisan dinding vagina dan serviks belum terbentuk sempurna jika melakukan hubungan seksual pada usia tersebut maka akan sangat mudah terjadi lesi atau luka mikro yang akan menyebabkan terjadi infeksi salah satunya oleh virus HPV yang merupakan penyebab kanker serviks
- Smegma Smegma adalah substansi berlemak. Smegma biasanya terdapat pada lekukan kepala kemaluan laki-laki yang tidak disunat. Sebenarnya smegma adalah secret alami yang dihasilkan kelenjar sebaceous pada kulit penis. Namun ternyata hal ini berkaitan dengan meningkatnya resiko seorang laki-laki sebagai pembawa dan penular virus HPV
- Perempuan yang merokok Rokok terbuat dari tembakau dan seperti yang kita ketahui bahwa didalam tembakau

terdapat zat-zat yang bersifat sebagai pemicu kanker baik yang dihisap maupun dikunyah.

- Perempuan dengan paritas yang tinggi memiliki risiko terkena kanker serviks lebih tinggi. Hal ini terjadi karena ibu dengan paritas tinggi akan mengalami lebih banyak risiko morbiditas dan mortalitas. Hal ini dipengaruhi oleh menurunnya fungsi organ-organ reproduksi yang memudahkan timbulnya komplikasi.
- Pengguna obat immunosupresan atau penekan kekebalan tubuh HIV (Human Immunodeficiency Virus) merupakan virus penyebab Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) yang menyebabkan sistem imun tubuh menurun dan membuat perempuan berisiko tinggi terinfeksi HPV. Pada wanita dengan HIV, pra-kanker serviks mungkin akan berkembang menginvasi dengan cepat untuk menjadi kanker dari pada normalnya. Pengguna obat immunosupresan atau penekan kekebalan tubuh atau pasca transplantasi organ merupakan faktor risiko juga.

e. Endometriosis

Endometriosis adalah kelainan ginekologis yang ditandai dengan adanya pertumbuhan lapisan endometrium secara ektopik yang ditemukan di luar uterus. Secara lebih spesifik lagi dijelaskan sebagai suatu keadaan dengan jaringan yang mengandung unsur – unsur stroma dan unsur granular endometrium khas terdapat secara abnormal pada berbagai tempat di dalam rongga panggul atau daerah lain pada tubuh (Berek JS, 2011)

Insiden endometriosis berkisar 5-15% pada perempuan pramenopause. Endometriosis merupakan penyebab pada seperempat laparotomy ginekologi dan dijumpai pada 50% perempuan yang menjalani pembedahan untuk infertilitas. Usia rata-rata adalah 28 tahun (dengan rentang 10-83 tahun), walaupun 75% kasus terjadi pada perempuan yang berusia 25 dan 50 tahun. (Cunningham, 2011) Beberapa peneliti memperkirakan bahwa endometriosis dapat disebabkan oleh penurunan respons imun selular terhadap antigen-antigen endometrium. Menurunnya sistem sel immunitas disebabkan oleh terjadinya peningkatan makrofag (Manuaba, IAC., I Bagus,

2010). Peningkatan jumlah makrofag dan monosit terdapat di dalam cairan peritoneum, yang teraktivasi menghasilkan faktor pertumbuhan dan sitokin yang merangsang tumbuhnya endometrium ektopik.(Prawirohardjo S, Wiknjosastro H, 2011)

Ada beberapa teori yang menjelaskan patofisiologi terjadinya endometriosis antara lain(Prawirohardjo S, Wiknjosastro H, 2011):

- Teori refluks haid dan implantasi sel endometrium di dalam rongga peritoneum.
- Teori koelemik metaplasia, dimana akibat stimulus tertentu terutama hormon, sel mesotel dapat mengalami perubahan menjadi sel endometrium ektopik.
- Penyebaran melalui aliran darah (hematogen) dan limfogen
- Pengaruh genetik
- Patoimunologi yaitu reaksi abnormal imunologi yang tidak berusaha membersihkan refluks haid dalam rongga peritoneum, malah memfasilitasi terjadinya endometriosis.

Pada umumnya wanita dengan endometriosis tidak memiliki gejala. Gejala pada umumnya terjadi karena menstruasi dan bertambah hebat setiap tahunnya karena pembesaran daerah endometriosis. Gejala yang paling sering terjadi adalah nyeri pelvik, dismenorea (nyeri ketika menstruasi), dispareunia (nyeri ketika senggama), dan infertilitas (gangguan kesuburan, tidak dapat memiliki anak). Nyeri yang terjadi tidak berkaitan dengan besarnya endometriosis.

Intensitas nyeri pada endometriosis tidak berbeda dengan nyeri yang disebabkan oleh kelainan lainnya. Namun didapatkan perbedaan intensitas nyeri pada wanita dengan endometriosis yang berat dan ringan. Pada wanita dengan endometriosis berat, sering didapatkan dyschezia (nyeri saat buang air besar) dibandingkan pada wanita dengan endometriosis ringan.

Pengobatan endometriosis sulit mengalami penyembuhan karena adanya risiko kekambuhan. Tujuan pengobatan endometriosis lebih disebabkan oleh akibat endometriosis itu seperti nyeri panggul dan infertilitas.

f. Radang panggul

Penyakit radang panggul (PRP) infeksi dari organ reproduksi wanita bagian atas yang sebagian besar akibat hubungan seksual. Biasanya disebabkan oleh *Neisseria gonore* dan *Klamidia trakomatis* dapat pula oleh organisme lain yang menyebabkan vaginosis bacteria. Apabila tidak dilakukan terapi, 18 persen akan menyebabkan nyeri panggul kronik, 9% menyebabkan kehamilan ektopik dan 20% dapat menjadi infertil. RPR disebabkan oleh bakteri dari vagina yang memasuki organ-organ reproduksi melalui leher rahim. Ketika leher rahim terinfeksi, bakteri dari vagina dapat lebih mudah naik ke dalam dan menginfeksi uterus dan saluran tuba (fallopian tubes) dan peritonium. RPR biasanya terjadi pada masa reproduktif wanita dan sekitar 75% berusia dibawah 25 tahun dan aktif secara seksual (90% kasus ditularkan secara seksual). Infeksi pelvik bisa didapat dari proses melahirkan ataupun dari pemasukan alat-alat seperti kontrasepsi. (Hildyard A, 2008)

PRP dapat disebabkan oleh berbagai macam organisme. Penyakit radang panggul terjadi bila terdapat infeksi pada saluran genital bagian bawah, yang menyebar naik ke atas melalui leher rahim. Butuh waktu dalam hitungan hari atau minggu untuk seorang wanita menderita penyakit radang panggul. Bakteri penyebab tersering adalah *N. gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis* yang menyebabkan peradangan dan kerusakan jaringan sehingga menyebabkan berbagai bakteri dari leher rahim maupun vagina menginfeksi daerah tersebut. Kedua bakteri ini adalah kuman penyebab PMS. Proses menstruasi dapat memudahkan terjadinya infeksi karena hilangnya lapisan endometrium yang menyebabkan berkurangnya pertahanan dari rahim, serta menyediakan medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri (darah menstruasi) (Hildyard A, 2008)

Resiko menderita PRP meningkat pada penderita penyakit menular seksual sebesar 90% (PMS), pernah menderita sebelumnya, berhubungan seksual sejak usia muda, tidak menggunakan kontrasepsi (kondom) dan berganti-ganti pasangan. Wanita yang aktif secara seksual di bawah usia 25 tahun (75%) berisiko tinggi untuk mendapat penyakit radang panggul. Hal ini disebabkan wanita muda berkecenderungan untuk berganti-ganti

pasangan seksual dan melakukan hubungan seksual tidak aman dibandingkan wanita berumur. Faktor lainnya yang berkaitan dengan usia adalah lendir servikal (leher rahim). Lendir servikal yang tebal dapat melindungi masuknya bakteri melalui serviks (seperti gonorea), namun wanita muda cenderung memiliki lendir yang tipis sehingga tidak dapat memproteksi masuknya bakteri. Pada kebanyakan wanita tidak menunjukkan tanda dan gejala, akan tetapi biasanya akan mengeluhkan nyeri panggul. Nyeri ini umumnya nyeri tumpul dan terusmenerus, di kwadran bawah abdomen dan tidak simetris, terjadi beberapa hari setelah menstruasi terakhir, dan diperparah dengan gerakan, aktivitas, atau sanggama. Nyeri karena radang panggul biasanya lebih dari 2 minggu dan bersifat bilateral. Keluhan lain adalah mual, nyeri berkemih, perdarahan atau bercak pada vagina, demam, nyeri saat sanggama, dan menggigil.

g. Prolapsus Uteri

Prolapsus uteri merupakan salah satu bentuk prolapsus organ panggul dan merupakan suatu kondisi jatuh atau tergelincirnya uterus (rahim) ke dalam atau keluar melalui vagina sebagai akibat dari kegagalan ligamen dan fascia yang dalam keadaan normal menyangganya. Prolapsus organ panggul merupakan masalah kesehatan yang umum terjadi dan mengenai hingga 40% wanita yang telah melahirkan dan berusia di atas 50 tahun. Prolapsus uteri menempati urutan kedua tersering setelah *cystourethrocele (bladder and urethral prolapse)*.

Penyebab terjadinya prolapsus belum diketahui secara pasti. Namun, secara hipotetik disebutkan penyebab utamanya adalah persalinan pervaginam dengan bayi aterm. Studi epidemiologi menunjukkan bahwa persalinan pervaginam dan penuaan adalah dua faktor risiko utama untuk pengembangan prolapsus (Hardianti, 2015)

Pencegahan prolapsus uteri diantaranya:

- Pemendekan waktu persalinan, terutama kala pengeluaran dan kalau perlu dilakukan efektif (umpama ekstraksi forceps dengan kepala sudah didasar panggul).
- Membuat episiotomy.

- Memperbaiki dan mereparasi luka atau kerusakan jalan lahir dengan baik.
- Memimpin persalinan dengan baik agar dihindarkan penderita meneran sebelum pembukaan lengkap betul.
- Menghindari paksaan dalam pengeluaran plasenta (perasat crede).
- Mengawasi involusi uterus pasca persalinan tetap baik dan cepat.
- Mencegah atau mengobati hal-hal yang dapat meningkatkan tekan intraabdominal seperti batuk-batuk yang kronik.
- Menghindari benda-benda yang berat.
- Menganjurkan agar penderita jangan terlalu banyak punya anak atau sering melahirkan. (Herdianti, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Andon, H., dkk. 2013. *Sindroma Ovarium Polikistik. Current Updates in Polycystic Ovary Syndrome, Endometriosis, Adenomyosis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Aspiani, R. Y. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Atun, dkk. 2004. 'IMS atau Penyakit Kelamin, dalam Kesehatan Reproduksi Remaja, Kerjasama Jaringan Khusus Kesehatan untuk Anak Jalanan Perempuan di Yogyakarta, bersama PKBI-DIY'.
- Benson, R. C. & M. L. P. 2009. *Buku Saku Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Berek JS, N. G. 2011. 'No Title. Gynecol. 15th ed'.
- Cunningham, et al. 2011. *Obstetri Williams. Edisi ke-23*. Jakarta: EGC.
- Daili, S. F. 2007. 'Tinjauan penyakit menular seksual (P.M.S.)'
- Hardianti, B. 2015. 'Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Prolapsus Uteri di RSUP Dr Kariadi Semarang.'
- Henderson, C, Jones, K. 2006. *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Hildyard A, G. J. 2008. 'Diseases and disorders'.
- Irianto Koes. 2014. Kesehatan reproduksi. Bandung. Bandung: ALFABETA Marmi.
- Malehere, J. 2019. 'Analisis Perilaku Pencegahan Kanker Serviks pada Wanita Pasangan Usia Subur Berdasarkan Teori Health Promotion Model'.
- Manuaba, IAC., I Bagus, dan I. G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S., & W. 2011. *Ilmu kandungan Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo S, Wiknjastro H, S. S. 2011. *Ilmu Kandungan (Edisi Ketiga)*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Richard, S.L., et al. 2013. 'Diagnosis and treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Clinical Guideline Endocrine Society's'.
- Rukiyah, Ai Yeyeh, L. Y. 2010. *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan*. Trans Info Media

Setyorini, A. () *Kesehatan Reproduksi & Pelayanan Keluarga Berencana.*
Bogor: IN MEDIA.

BAB 6

UPAYA PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

Oleh Siti Sulaimah

6.1 Pendahuluan

Sistem reproduksi wanita memiliki fungsi yang beragam dan saling berkaitan satu sama lain. Sistem reproduksi wanita terdiri dari beberapa bagian untuk mendukung proses reproduksi berjalan dengan lancar dan baik. Secara garis besar, sistem reproduksi wanita terbagi menjadi dua, yaitu eksternal dan internal. Pada eksternal, terdapat *mons pubis*, klitoris, labia mayora dan minora, dan *orificium vagina*. Sementara pada internal, ada vagina, ovarium, rahim, serviks, dan tuba falopi. Organ reproduksi wanita dapat berfungsi baik jika memiliki anatomi/struktur yang normal dan juga dipengaruhi oleh hormon-hormon reproduksi demi kelancaran siklus menstruasi. Salah satu bagian tubuh manusia yang rentan terhadap penyakit dan kecacatan adalah organ reproduksi.

Gangguan atau penyakit reproduksi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain disfungsi genital yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau bahan kimia yang masuk ke dalam tubuh. Penyakit kelamin adalah berbagai jenis penyakit yang terjadi pada organ reproduksi. Organ reproduksi wanita meliputi sel telur, ovarium, saluran tuba, rahim, dan vagina. Penularan penyakit reproduksi ini dapat disebabkan oleh penularan dari orang tua yang terinfeksi kepada anak, transfusi darah, gaya hidup yang buruk seperti seks bebas, obat-obatan terlarang dan obat suntik. Agar ini tidak menjadi ancaman bagi kesehatan tubuh, maka perlu menjaga kesehatan organ-organ tersebut dengan baik agar terhindar dari penyakit dan kelainan organ reproduksi.

Upaya promotif dan preventif menurut Leavel dan Clark adalah suatu pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan berupa suatu kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat

dalam meningkatkan kemampuan atau perilakunya, untuk mencapai kesehatan dalam faktor lingkungan. Masalah kesehatan reproduksi wanita cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini perlu adanya keseriusan dalam promosi dan prevensi kesehatan reproduksi wanita di masyarakat. Rumah sakit dan petugas kesehatan merupakan ujung tombak dalam upaya promosi dan prevensi kesehatan. Menurut (Kemenkes RI, 2010), organisasi rumah sakit harus memiliki kebijakan tertulis untuk Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang merupakan bagian yang tidak terpisah dari program pelayanan kesehatan di rumah sakit. Selain itu pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Hasil Konferensi Internasional tentang Promosi Kesehatan 1986 di Ottawa, Kanada, menunjukkan bahwa promosi kesehatan memiliki cakupan yang lebih luas daripada pendidikan kesehatan karena melibatkan tidak hanya perubahan perilaku, tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku. Upaya saat ini difokuskan pada dua aspek ini: promotif dan preventif. Prevensi berasal dari kata preventif yang berarti pencegahan. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan oleh masyarakat agar mau memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri (Notoatmodjo, 2007a). Sementara itu, upaya saat ini difokuskan pada dua aspek: promosi dan pencegahan.

Program pemecahan masalah kesehatan reproduksi remaja pemerintah bertujuan untuk mempromosikan dan mencegah masalah kesehatan reproduksi pada remaja yang telah beralih dari masa kanak-kanak ke dewasa dan mengalami perubahan fisik dan fungsional dalam waktu yang relatif singkat. Informasi dan konseling, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Dalam dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menurut (Leavell, 1965) sebagai berikut :

6.2 Health Promotion

Istilah promosi kesehatan dalam pendidikan kesehatan masyarakat memiliki dua arti utama. Pemahaman awal tentang promosi kesehatan sebagai bagian dari pencegahan penyakit, dan upaya melindungi diri dari penyakit sebagai upaya pencegahan penyakit. Dalam konteks pemahaman awal kita tentang promosi kesehatan, kita dapat mengatakan bahwa semua inisiatif terkait dengan promosi kesehatan. Promosi kesehatan, pada gilirannya, dalam ilmu kedua pendidikan kesehatan masyarakat, mencakup semua upaya dan interpretasi untuk memasarkan, menyebarluaskan, atau menjual sikap dan perilaku untuk bertindak dalam hidup yang sehat dan sehat. Transisi dari pendidikan kesehatan ke promosi kesehatan dalam transisi ini mempengaruhi batasan dan definisinya.(Notoatmodjo, 2010).

Masalah kesehatan berkaitan erat dengan seksualitas, kontrasepsi, aborsi legal dan aman, diagnosis Infeksi Menular Seksual (IMS). Metode untuk mengurangi kejadian masalah kesehatan reproduksi pada remaja memerlukan pengetahuan yang lebih untuk dipahami remaja, salah satunya adalah UKS (Unit Kesehatan Sekolah), guru/orang tua kelas, guru BK (Emilia, 2009). Promosi kesehatan juga harus mencakup upaya perubahan lingkungan (fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dll). Ini adalah pendukung atau pendukung perubahan perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2007b). Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan dan mendorong perubahan perilaku, dan merupakan program kesehatan yang bertujuan untuk membawa perbaikan dan perubahan pada individu, masyarakat dan lingkungan. (Novita & Franciska, 2010)

a. Media Promosi Kesehatan

Dalam promosi kesehatan media merupakan alat bantu dalam melakukan penyampaian promosi kesehatan, salah satu media yang sering digunakan dalam promosi kesehatan disekolah merupakan poster, madding, leaflet, film, video, PPT (*power point*). Apabila pada saat penyampaian promosi kesehatan disekolah media yang digunakan kurang maka akan membuat konsentrasi siswa berkurang dan siswa akan merasa bosan dalam menerima promosi kesehatan. Media promosi

kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan atau Audio Visual Aids disebut media promosi kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan sehingga membantu siswa agar lebih mudah menerima informasi yang disampaikan oleh pemateri/ pemberi informasi kesehatan. Media ini dibagi menjadi 3, yakni media cetak, media elektronik, dan media papan (Notoatmodjo, 2010)

b. Metode Promosi Kesehatan

Didalam promosi kesehatan metode juga merupakan hal yang sangat penting yang perlu diperhatikan, pada saat melakukan promosi kesehatan sebagai pelaku promosi kesehatan harus menentukan metode yang sesuai, salah satu metode yang digunakan dalam promosi kesehatan yaitu ceramah, seminar, konseling, dan lain-lain. Menurut (Notoatmodjo, 2007a), dalam promosi kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi metode individual yang biasa digunakan disekolah adalah bimbingan maupun penyuluhan. Metode kelompok yang biasa digunakan disekolah yaitu ceramah dan seminar, metode ini cocok digunakan untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

c. Materi Promosi Kesehatan

Materi yang disampaikan oleh seorang penyuluh harus selalu mengacu kepada kebutuhan yang telah dirasakan, dihadapi, dialami oleh para penerimanya. Materi yang diberikan dapat pula berdasarkan permasalahan yang baru muncul atau yang masih banyak menimpa para remaja terutama masalah kesehatan reproduksi wanita. Menurut (Waryana., 2016), Jenis bahan penyuluhan sangat beragam dan sumber yang berbeda digunakan sebagai bahan penyuluhan. Dibuat oleh peneliti, konsultan, atau komunitas pengguna itu sendiri yang sebelumnya telah mengimplementasikan inovasi yang ditawarkan.

d. Pemateri Promosi Kesehatan

Seorang pemateri/penyuluh/fasilitator harus profesional, dalam arti memiliki kualifikasi tertentu baik yang menyangkut

kepribadian, pengetahuan, sikap, dan ketrampilan memfasilitasi pemberdayaan masyarakat (Mardikanto, 2010) Semua Trainer/Fasilitator harus siap belajar secara terus menerus dan berkelanjutan. Tanpa kemauan untuk belajar terus menerus, tidak mungkin mengajarkan dan menganalisis inovasi yang diajarkannya sekaligus memberikan saran bagaimana menerapkannya. Seorang penyuluh harus menguasai materi yang disampaikan, harus mampu berkomunikasi dengan baik kepada peserta penyuluhan, dan harus bisa memberikan contoh serta alat peraga untuk membantu dalam proses penyampaian penyuluhan/ promosi kesehatan (Mardikanto, 2010)

Health Promotion atau peningkatan kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan masyarakat dengan melalui beberapa kegiatan.

- Pendidikan kesehatan (*Health Education*).
- Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan tentang masalah gizi.
- Pengamatan tumbuh kembang anak (*Growht and Development Monitoring*)
- Pengadaan rumah sehat.
- Konsultasi perkawinan (*Marriage Counseling*).
- Pendidikan sex (*Sex Education*).
- Pengendalian lingkungan.
- Program P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) melalui kegiatan immunisasi dan pemberantasan vektor.
- Usulan dan nasehat pada tahap awal mengenai kesehatan keluarga, asuhan keperawatan anak dan anak kecil, dan nasehat pencegahan kecelakaan.
- Program kesehatan lingkungan yang ditujukan untuk melindungi lingkungan manusia dari kuman, seperti bakteri, virus dan jamur, serta mencegah potensi wabah vektor.
- Asuhan keperawatan pre natal dan pelayanan keluarga berencana (KB).
- Perlindungan gigi (Dental Prophylaxis)
- Penyuluhan untuk pencegahan keracunan.

6.3 Spesific Protection

Perlindungan umum dan khusus adalah usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada individu atau masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut contohnya adalah imunisasi dan hygiene perseorangan, perlindungan diri dari kecelakaan, kesehatan kerja, dan lain-lain. General and spesific protection (perlindungan umum dan khusus) merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus dan umum terhadap seseorang atau masyarakat, antara lain :

- Imunisasi

Tujuan dari imunisasi adalah untuk mencegah penyakit tertentu terjadi pada seseorang, untuk menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok orang (populasi), atau penyakit tertentu di seluruh dunia. Imunisasi merupakan salah satu cara pencegahan penyakit menular seperti campak, difteri, dll. Beberapa vaksin imunisasi dapat diberikan kepada orang dewasa maupun anak-anak sejak bayi hingga remaja. Imunisasi adalah produksi antibodi yang membantu meningkatkan kekebalan seseorang sehingga dapat mencegah atau mengurangi akibat dari penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

- Hygiene perseorangan (*Personal Hygiene*).

Personal hygiene khususnya pada daerah perineal menjadi solusi penting pada peningkatan kesehatan reproduksi karena mencegah seseorang terkena penyakit dan meminimalisir terjadinya infeksi mikroorganisme. *Personal hygiene* merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis. *Personal hygiene* untuk mencegah infeksi dan membuat rasa nyaman maupun relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan, serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Alimul Hidayat, 2008). Perineum atau perineal hygiene merupakan pemeliharaan kesehatan di antara genetalia eksterna dan rektum (Rahayuni, 2010)

Personal hygiene adalah perawatan diri yang dilakukan untuk menjaga kesehatan fisik dan mental. Tujuan umum dari

perawatan diri adalah untuk bekerja secara mandiri atau dengan bantuan untuk mempraktekkan hidup sehat dan bersih dengan meningkatkan citra atau persepsi tentang kesehatan dan kebersihan dan menciptakan penampilan yang memenuhi kebutuhan kesehatan, dan memelihara perawatan diri. Rasa nyaman dan relaksasi dapat diciptakan untuk menghilangkan rasa lelah, mencegah infeksi, mencegah sirkulasi yang buruk dan menjaga integritas jaringan (Alimul, 2006)

Bila wanita tidak menjaga kebersihan pada organ genitalianya akan mengakibatkan terjadinya infeksi oleh kuman atau bakteri yang masuk ke vagina sehingga terjadi keputihan yang berlanjut ke tahap lebih parah dan berisiko untuk terjadinya kasus Infeksi Menular Seksual (IMS), bagi wanita yang akan menikah hal ini begitu buruk karena menjadi penular kepada suaminya yang sebagai pasangan seksual (BKKBN., 2012)

- Perlindungan diri dari kecelakaan (*Accidental Safety*).

Keselamatan kerja atau *occupational safety* adalah usaha-usaha yang dilakukan untuk mencegah kecelakaan, cacat dan kematian sebagai akibat kecelakaan kerja. Usaha-usaha tersebut harus dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, perusahaan, kepala pengawas dan pekerja itu sendiri pada umumnya. Tanpa adanya kerjasama diantara semua unsur tersebut mustahil keselamatan kerja dapat diwujudkan secara optimal

- Perlindungan diri dari lingkungan (*Protectif Self Environment*).
- Kesehatan kerja (*Occupational Health*).
- Perlindungan diri dari carcinogen, toxin dan alergen.
- Pengendalian sumber-sumber pencemaran.

6.4 Early Diagnosis

Early diagnosis and prompt treatment (diagnosis awal dan pengobatan segera atau adekuat), antara lain melalui: pemeriksaan kasus dini (*early case finding*), pemeriksaan umum lengkap (*general check up*), pemeriksaan massal (*mass screening*), survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (*contacts survey, school survey, household survey*), kasus (*case holding*), pengobatan adekuat (adekuat treatment).

Early diagnosis and prompt treatment (diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat). Usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat. Bentuk usaha tersebut dapat dilakukan melalui :

- Penemuan kasus secara dini (*Early Case Finding*).
- Pemeriksaan massal (*Mass Screening*).
- Survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (*Contact, Survey, School*)
- *Survey, Household Survey*.
- Penanganan kasus (*Case Holding*) dan pengobatan adekuat (*Adequate Treatment*).

6.5 Disability Limitation

Kurangnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan proses pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang bersangkutan menjadi cacat. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini dalam bentuk penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain. Disability Limitation atau pembatasan kecacatan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini, dan dapat berupa :

- Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan
- Pencegahan komplikasi
- Perbaikan fasilitas kesehatan
- Penurunan beban sosial penderita

Pada pencegahan level ini menekankan pada upaya penemuan kasus secara dini atau awal dan pengobatan tepat atau "*early diagnosis and prompt treatment*". Pencegahan sekunder ini dilakukan mulai saat fase patogenesis (masa inkubasi) yang dimulai saat bibit penyakit masuk kedalam tubuh manusia sampai saat timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan. Diagnosis dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat prosespatologik (proses perjalanan penyakit)

sehingga akan dapat memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

6.6 Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Dalam mengatasi cacat yang dialami tersebut maka diperlukan proses rehabilitasi. Kurangnya kesadaran membuat masyarakat tidak tertib dalam melakukan proses rehabilitasi yang dianjurkan. Selain itu, orang cacat akibat suatu penyakit terkadang malu untuk membaaur ke dalam masyarakat. Di lain sisi, masyarakat sering tidak memberi kesempatan kepada para penyandang cacat sebagai bagian dari masyarakat itu sendiri. Pentingnya pendidikan kesehatan tidak hanya berlaku untuk penyandang cacat saja, akan tetapi juga untuk lingkungan disekitarnya.

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan kecacatannya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan tertentu. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran orang tersebut dapat mengakibatkan ia tidak melakukan latihan yang dianjurkan, kadang mereka juga merasa malu untuk kembali ke masyarakat, disisi lain sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, Jelaslah bahwa pendidikan kesehatan dibutuhkan tidak hanya bagi penyandang disabilitas, tetapi juga bagi masyarakat (Mubarak, 2006) Upaya pencegahan tersier dimulai ketika kecacatan atau ireversibilitas terjadi sampai stabil/permanen atau ireversibel. Pencegahan ini dapat dilaksanakan melalui program rehabilitasi yang mengurangi kecacatan dan meningkatkan efisiensi dalam kehidupan pasien. Tindakan rehabilitasi ini mencakup aspek medis dan sosial. Pencegahan tersier terjadi pada stadium lanjut penyakit atau etiologi gangguan. Penerapan program PHN (Keperawatan Kesehatan Masyarakat) pada upaya kesehatan masyarakat menyangkut perawatan pasien sakit kronis di luar pusat pelayanan kesehatan, yaitu di rumah. Perawatan pasien yang sakit parah (mereka yang tidak mampu mengatasi penyakitnya), yang jarang diklasifikasikan sebagai pencegahan tersier, bersifat paliatif. Prinsip upaya preventif adalah mencegah seseorang atau sekelompok orang jatuh sakit, meringankan gejala penyakit dan komplikasi penyakit, serta meningkatkan fungsi fisik pasien setelah pengobatan. Rehabilitasi sebagai tujuan

pencegahan tersier adalah lebih dari mencoba untuk menekan proses penyakit itu sendiri. Artinya, untuk membawa orang kembali ke tingkat ketidakmampuan yang optimal. Jadi pencegahan pada tahap pathogenesis inidimaksudkan untuk memperbaiki keadaan masyarakat yang sudah jatuh pada tahap sakit ringan, sakit, dan sakit berat agar dapat mungkin kembali ke tahap sehat optinum.

Pusat-pusat rehabilitasi bagi korban kekerasan, rehabilitasi PSK, dan korban narkoba. Rehabilitasi ini terdiri atas :

1. Rehabilitasi fisik

yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal-maksimalnya. Misalnya, seseorang yang karena kecelakaan, patah kakinya perlu mendapatkan rehabilitasi dari kaki yang patah ini sama dengan kaki yang sesungguhnya.

2. Rehabilitasi mental

yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan social secara memuaskan. Seringkali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula kelainan-kelainan atau gangguan mental. Untuk hal ini bekas penderita perlu mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat.

3. Rehabilitasi sosial vokasional

yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuan dan ketidak mampuannya.

4. Rehabilitasi aesthesis

Usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan misalnya : penggunaan mata palsu.

Usaha mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, memerlukan bantuan dan pengertian dari segenap anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (fisik, mental dan kemampuannya) sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat, dalam keadaannya yang sekarang. Sikap yang diharapkan dari warga masyarakat adalah sesuai dengan falsafah pancasila yang berdasarkan

unsur kemanusiaan yang sekarang ini. Mereka yang direhabilitasi ini memerlukan bantuan dari setiap warga masyarakat, bukan hanya berdasarkan belas kasihan semata-mata, melainkan juga berdasarkan hak azasinya sebagai manusia.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Salemba Medika.
- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Salemba Medika.
- BKKBN. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Emilia. 2009. *Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Gizi Pada Remaja dan Implikasinya Pada Sosialisasi Hidup Sehat*. Media Pendidikan Gizi dan Kuliner.
- Kemenkes RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar*. Balitbang Kemenkes RI.
- Leavell, H. R. dan C. E. G. ., 1965. *Preventive Medicine for Doctor in his Community*. McGraw-Hill Book Company.
- Mardikanto, Totok. 2010. *Pemberdayaan Masyarakat*. UNS Press.
- Mubarak, W. I. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas 2*. CV Sagung Seto.
- Notoatmodjo, S. (007a. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007b. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Novita & Franciska. 2010. *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. Salema Medika.
- Rahayuni, P. S. , D. I. A. dan B. Kurniawan. 2010. *Korelasi Asupan Makan terhadap Kadar Trigliserida pada Mahasiswa Obesitas di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*.
- Waryana. 2016. *Promosi Kesehatan, Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Nuha Medika.

BAB 7

PERMASALAHAN DIMENSI SOSIAL WANITA

Oleh Niken Bayu Argaheni

7.1 Pendahuluan

Lebih dari 1,4 miliar orang di bumi sangat miskin, mencakup lebih banyak wanita, yang diperkirakan mencapai 70 persen dari orang miskin di dunia. Karena wanita cenderung lebih miskin daripada laki-laki di seluruh dunia, lebih mungkin mengalami semua masalah yang disebabkan oleh kemiskinan dibandingkan laki-laki, termasuk kekurangan gizi dan penyakit. Tetapi wanita juga mengalami masalah tambahan. Beberapa dari masalah ini berasal dari peran fisiologis wanita dalam melahirkan anak, dan beberapa muncul dari bagaimana wanita diperlakukan hanya karena mereka adalah wanita (United Nations, 2017).

Salah satu contoh paling menyedihkan tentang bagaimana kemiskinan global mempengaruhi wanita adalah kematian ibu, atau jumlah wanita yang meninggal saat melahirkan untuk setiap 100.000 kelahiran hidup. Lebih dari 500.000 wanita meninggal di seluruh dunia setiap tahun akibat komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Kematian ibu biasanya disebabkan oleh satu atau lebih hal berikut: nutrisi prenatal yang tidak memadai, penyakit dan penyakit, dan perawatan obstetrik yang rendah, yang semuanya jauh lebih umum di negara-negara miskin daripada di negara-negara kaya. Di negara-negara kaya, angka kematian ibu adalah 14 per 100.000 kelahiran, tetapi di negara-negara miskin angkanya sangat tinggi 590 per 100.000 kelahiran, setara dengan hampir 6 kematian untuk setiap 1.000 kelahiran. Wanita di negara-negara miskin dengan demikian empat puluh dua kali lebih mungkin daripada wanita di negara-negara kaya untuk meninggal akibat komplikasi selama kehamilan atau persalinan (United Nations, 2021a).

7.2 Kesenjangan Gender dalam Pendapatan

Dalam beberapa dekade terakhir, wanita telah memasuki tempat kerja dalam jumlah yang meningkat. Bagi banyak wanita karena kebutuhan ekonomi, dan sebagian karena keinginan untuk rasa harga diri dan pemenuhan lain yang datang dengan pekerjaan. Sebagian alasan untuk segregasi ini adalah bahwa sosialisasi mempengaruhi pekerjaan apa yang dipilih oleh laki-laki dan perempuan muda untuk dikejar, dan sebagian alasannya adalah bahwa perempuan dan laki-laki tidak ingin menghadapi kesulitan yang mungkin wanita alami jika wanita mengambil pekerjaan yang secara tradisional ditugaskan ke pihak lain. seks. Alasan ketiga adalah bahwa pekerjaan yang dipisahkan berdasarkan jenis kelamin mendiskriminasi pelamar yang bukan jenis kelamin yang "benar" untuk pekerjaan itu. Majikan mungkin secara sadar menolak untuk mempekerjakan seseorang yang berjenis kelamin "salah" untuk pekerjaan itu atau memiliki persyaratan pekerjaan (misalnya, persyaratan tinggi badan) dan aturan tempat kerja (misalnya, bekerja di malam hari) yang secara tidak sengaja mempersulit perempuan untuk memenuhi syarat tertentu. pekerjaan. (United Nations, 2021b).

Pemisahan jenis kelamin berkontribusi pada kesenjangan gender yang terus berlanjut antara pekerja perempuan dan laki-laki. Pekerjaan yang didominasi oleh perempuan cenderung memiliki upah dan gaji yang lebih rendah. Karena perempuan terkonsentrasi pada pekerjaan bergaji rendah, penghasilan wanita jauh lebih rendah daripada laki-laki. Peneliti menilai berbagai pekerjaan dalam hal persyaratan dan atribut yang secara logis harus mempengaruhi gaji yang ditawarkan: pentingnya pekerjaan, tingkat keterampilan yang dibutuhkan, tingkat tanggung jawab yang dibutuhkan, sejauh mana karyawan harus melakukan penilaian independen, Dan seterusnya. Dimensi ini untuk menentukan gaji apa yang harus ditawarkan pekerjaan. Beberapa pekerjaan mungkin lebih baik pada beberapa dimensi dan lebih buruk pada yang lain tetapi masih berakhir dengan gaji yang diprediksi sama jika semuanya berjalan lancar (Khaemba & Kingiri, 2020).

Beberapa diskriminasi jenis kelamin dalam pekerjaan mencerminkan adanya dua fenomena terkait, langit-langit kaca dan eskalator kaca. Wanita mungkin dipromosikan dalam pekerjaan hanya

untuk menemukan bahwa wanita mencapai "langit-langit kaca" yang tidak terlihat di mana wanita tidak dapat dipromosikan, atau wanita mungkin tidak dipromosikan di tempat pertama. Di perusahaan-perusahaan AS terbesar, wanita hanya menempati sekitar 16 persen dari eksekutif puncak, dan eksekutif wanita dibayar jauh lebih rendah daripada rekan-rekan pria.

7.3 Pelecehan Seksual

Masalah di tempat kerja lainnya (termasuk sekolah) adalah pelecehan seksual, yang, sebagaimana didefinisikan oleh undang-undang, terdiri dari rayuan seksual yang tidak diinginkan, permintaan untuk bantuan seksual, atau perilaku fisik yang bersifat seksual yang digunakan sebagai syarat pekerjaan atau promosi atau yang mengganggu kinerja pekerjaan seseorang dan menciptakan lingkungan yang mengintimidasi atau tidak bersahabat.

Meskipun laki-laki dapat, dan sedang, dilecehkan secara seksual, perempuan lebih sering menjadi sasaran pelecehan seksual. Perbedaan gender ini ada setidaknya karena dua alasan, satu budaya dan satu struktural. Akal kultural berpusat pada penggambaran perempuan dan sosialisasi laki-laki. Seperti yang ditunjukkan oleh diskusi kita tentang media massa dan sosialisasi gender, perempuan masih digambarkan dalam budaya kita sebagai objek seksual yang ada untuk kesenangan laki-laki. Pada saat yang sama, budaya kita mensosialisasikan laki-laki untuk tegas secara seksual. Kedua keyakinan budaya ini bergabung untuk membuat pria percaya bahwa wanita memiliki hak untuk membuat kemajuan verbal dan fisik kepada wanita di tempat kerja. Ketika kemajuan ini termasuk dalam pedoman yang tercantum di sini, maka terjadilah pelecehan seksual.

Alasan kedua mengapa sebagian besar sasaran pelecehan seksual adalah perempuan lebih bersifat struktural. Mencerminkan sifat gender di tempat kerja dan sistem pendidikan, biasanya pria yang melakukan pelecehan berada dalam posisi berkuasa atas wanita. Seorang bos laki-laki melecehkan seorang karyawan perempuan, atau seorang profesor laki-laki melecehkan seorang mahasiswa atau karyawan perempuan. Pria-pria ini menyadari bahwa wanita bawahan mungkin merasa sulit untuk menolak kemajuan karena takut akan pembalasan: Seorang karyawan wanita mungkin dipecat atau tidak

dipromosikan, dan seorang mahasiswa wanita mungkin menerima nilai yang buruk.

Seberapa umumkah pelecehan seksual? Ini sulit ditentukan, karena pria yang melakukan pelecehan seksual tidak akan berteriak dari atap, dan wanita yang menderita sering diam karena dampak yang baru saja disebutkan. Tetapi survei anonim terhadap karyawan wanita di perusahaan dan pengaturan lainnya umumnya menemukan bahwa 40–65 persen responden melaporkan dilecehkan secara seksual.

Terlepas dari kenyataan bahwa pelecehan seksual adalah ilegal, kebanyakan wanita (dan pria) yang mengalami pelecehan seksual tidak membawa tindakan pengadilan. Dua alasan menjelaskan keputusan untuk tidak menuntut: takut dipecat dan/atau khawatir tidak akan dipercaya. Tetapi alasan lain berkaitan dengan konsekuensi mental dan emosional dari pelecehan seksual. Konsekuensi ini termasuk masalah hubungan, kehilangan harga diri, kelelahan, depresi, kecemasan, sulit tidur, dan perasaan tidak berdaya. Efek ini mirip dengan gangguan stres pascatrauma dan dianggap sebagai gejala dari apa yang disebut sindrom trauma pelecehan seksual. Sindrom ini, dan mungkin terutama perasaan tidak berdaya, dianggap membantu menjelaskan mengapa korban pelecehan seksual hampir tidak pernah mengajukan gugatan ke pengadilan dan sebaliknya sering diam. Menurut profesor hukum Theresa Beiner, sistem hukum harus lebih menyadari konsekuensi psikologis ini karena berkaitan dengan pertanyaan penting dalam kasus pelecehan seksual apakah pelecehan benar-benar terjadi.

7.4 Wanita dengan Kulit Berwarna: Triple Burden

Feminisme multikultural, yang menekankan bahwa perempuan kulit berwarna menghadapi kesulitan karena tiga alasan: jenis kelamin, ras, dan, seringkali, kelas sosial, yang sering berada di dekat bagian bawah tangga sosial ekonomi. Dengan demikian wanita menghadapi beban rangkap tiga yang memanifestasikan dirinya dalam banyak cara. Misalnya, wanita kulit berwarna mengalami ketimpangan pendapatan tambahan. Sebelumnya kita membahas kesenjangan gender dalam pendapatan, dengan wanita menghasilkan 82,2 persen dari apa yang pria peroleh, tetapi wanita kulit berwarna menghadapi kesenjangan gender dan kesenjangan ras/etnis.

Kesenjangan ras/etnis antara perempuan dan laki-laki, karena orang Afrika-Amerika dan Latin dari kedua jenis kelamin berpenghasilan lebih rendah daripada orang kulit putih. Kami juga melihat kesenjangan gender antara pria dan wanita, karena wanita berpenghasilan lebih rendah daripada pria dalam ras/etnis apa pun. Dua kesenjangan ini bergabung untuk menghasilkan kesenjangan yang sangat tinggi antara wanita Afrika-Amerika dan Latina dan pria kulit putih: wanita Afrika-Amerika hanya mendapatkan sekitar 70 persen dari apa yang diperoleh pria kulit putih, dan wanita Latina hanya mendapatkan sekitar 60 persen dari apa yang diperoleh pria kulit putih.

7.5 Ketimpangan Rumah Tangga

Ketimpangan gender terjadi dalam keluarga dan rumah tangga. Seseorang harus melakukan pekerjaan rumah, dan seseorang itu biasanya seorang wanita. Dibutuhkan berjam-jam seminggu untuk membersihkan kamar mandi, memasak, berbelanja di toko kelontong, menyedot debu, dan melakukan semua hal lain yang perlu dilakukan. Bukti penelitian menunjukkan bahwa wanita yang menikah atau tinggal dengan pria menghabiskan dua hingga tiga kali lebih banyak jam per minggu untuk pekerjaan rumah daripada pria.

DAFTAR PUSTAKA

- Khaemba, W., & Kingiri, A. 2020. *Access to Renewable Energy Resources: A Gender and Inclusivity Perspective*.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-71057-0_136-1
- United Nations. 2017. *The social dimensions of gender inequality*.
<https://doi.org/10.18356/70095f8a-en>
- United Nations. 2021a. An assessment of the various dimensions of gender inequalities. In *A Gender Assessment of Myanmar and of the Inle Lake Area with a Focus on the Agriculture and Tourism Sectors* (pp. 17–31).
<https://doi.org/10.18356/9789210054522c007>
- United Nations. 2021b. Gender inequalities in economic and social life. In *Women Producers of Kiribati and Their Participation in Inter-Island and International Trade* (pp. 14–21).
<https://doi.org/10.18356/9789210055598c007>

BAB 8

UPAYA MENGATASI PERMASALAHAN DIMENSI SOSIAL WANITA

Oleh Yetti Purnama

8.1 Pendahuluan

Dimensi sosial wanita adalah suatu fenomena yang terjadi saat ini pada wanita. Permasalahan kesehatan dalam dimensi sosial wanita diantaranya adalah tindakan kekerasan, perkosaan, pelecehan seksual, *single parent*, perkawinan usia muda dan tua, wanita di tempat bekerja, *incest*, *homeless*, wanita di pusat rehabilitasi, pekerja seks komersial (PSK), dan *druge abuse*. Permasalahan dimensi sosial ini harus dilakukan upaya mengatasinya agar wanita terhindar dari semua tindakan yang merugikan dirinya.

8.2 Kekerasan

Kekerasan terhadap perempuan (Ktp) dalam rumah tangga sering disembunyikan atau tidak dilaporkan karena menganggap hal ini wajar terjadi, takut melaporkan karena ada ancaman atau tidak mengetahui kemana harus melapor. Sebagian besar korban Ktp memilih bercerai dengan suaminya dan tidak membawa kasus ini ke ranah hukum

Berikut adalah langkah-langkah yang dapat dilakukan wanita bila mengalami Ktp:

1. Menceritakan kejadian kepada orang lain, seperti teman dekat, keluarga atau kerabat, dan lembaga atau layanan konsultasi.
2. Melaporkan ke pihak berwajib (Polisi).
3. Mencari jalan keluar dengan konsultasi psikologis, hukum. Mempersiapkan perlindungan diri seperti uang, tabungan, surat-surat penting dan kebutuhan pribadi dan anak-anak.
4. Pergi ke layanan kesehatan untuk mengobati cedera atau luka dan meminta visum kepada dokter (Kusmiran, 2012; Prijatni and Rahayu, 2016).

Ketidakberdayaan pemenuhan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam rumah tangga akan menjadikan perempuan secara ekonomi bergantung pada suami. Rasa ketergantungan pada suami inilah yang membuat isteri atau wanita tidak berani mengambil keputusan dan tidak berani mengingatkan suaminya yang melakukan kesalahan. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi ketergantungan isteri terhadap suami maka perlu diberdayakan dengan cara berikut:

1. Melakukan pemandirian ekonomi isteri dengan menambah ilmu dan usaha untuk membuka usaha.
2. Dukungan terhadap proses distribusi kekuasaan pada tingkat keluarga
3. Upaya-upaya dekonstruksi terhadap setiap bentuk peraturan dan perundangan yang tidak menguntungkan isteri.
4. Melakukan tindakan reinterpretatif terhadap dogma agama dan budaya yang merugikan wanita
(Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Kemenhumkam RI, 2016).

Upaya pencegahan dan penanganan Ktp harus melibatkan semua pihak, baik pihak wanita maupun laki-laki. Upaya yang dapat dilakukan adalah:

1. Masyarakat menyadari bahwa kekerasan terhadap perempuan harus diatasi segera.
2. Memberikan informasi dengan menyebarkan *leaflet* atau brosur tentang kekerasan dan pelecehan seksual di tempat kerja dan sekolah-sekolah atau kampus.
3. Segera melaporkan tindakan kekerasan pada Polisi.
4. Membekali setiap perempuan dengan ilmu bela diri untuk menjaga diri.
5. Melalui organisasi atau wadah tertentu untuk menentang kekerasan pada wanita (Marmi, 2013; Romauli and Vindari, 2014).

8.3 Perkosaan

1. Pencegahan

Pencegahan pemerkosaan pada wanita dapat dilakukan dengan upaya:

- a. Berpakaian santun, menutup aurat, berperilaku baik dan sopan, tidak memakai perhiasan berlebihan dan tidak berdandan yang dapat mengundang perhatian lawan jenisnya.
- b. Menghindari melakukan aktifitas berduaan dengan lawan jenisnya, bila harus bersama jangan berdua saja tetapi harus berkelompok atau bersama teman kerja yang lain.
- c. Tidak menerima tamu lawan jenisnya bila di rumah tidak ada orang lain.
- d. Menghindari berjalan sendiri di malam hari, bila terpaksa dilakukan harus bersama-sama dengan teman lainnya.
- e. Apabila pergi ke suatu tempat, harus sudah mengetahui dengan pasti alamatnya, lokasinya, jalur kendaraan. Jangan terlihat bingung dan bila ragu-ragu segera bertanya ke tempat-tempat resmi, seperti kantor polisi, hansip, kantor kelurahan dan lainnya.
- f. Tidak menumpang kendaraan orang lain yang kita tidak mengenalnya dan menghindari bila di dalam kendaraan hanya berduaan saja dengan lawan jenis.
- g. Waspada terhadap segala cara pemerkosaan seperti hipnotis, permen, makanan dan minuman. Bila diberi minum oleh orang lain harus berhati-hati termasuk oleh orang yang kita anggap sudah dekat sekalipun, terutama di tempat-tempat yang memungkinkan terjadinya perkosaan.
- h. Pastikan semua pintu dan jendela sudah terkunci dengan baik. Ketika berada di dalam mobil pastikan juga mobil sudah terkunci dengan baik.
- i. Pandai membaca situasi, bila berada dalam situasi yang di curigai maka harus tetap bersikap tenang dan terus berjalan dengan cepat.
- j. Belajar bela diri dan sediakan selalu alat-alat yang dapat melindungi diri kita, seperti membawa alat bersuara keras

(peluit), parfum sprej, bubuk cabe atau merica yang dapat di tiupkan di mata.

- k. Jangan ragu mengatakan tidak, walaupun sekalipun dengan kekasih atau atasan kita.
 - l. Mencari informasi terkait cara mencegah terjadinya perkosaan, sehingga kita dapat mengenali modus-modus dan tanda-tanda pelaku perkosaan (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013; Kemenhumkam RI, 2016),
2. Tindakan yang harus dilakukan bila terjadi perkosaan
Tindakan yang sebaiknya dilakukan oleh korban perkosaan:
 - a. Jangan membersihkan diri atau mandi, karena sperma, serpihan kulit atau rambut pelaku bisa dijadikan barang bukti.
 - b. Simpan dan jangan di cuci semua pakaian korban, kancing baju yang lepas, baju pelaku yang sobek sebagai barang bukti untuk menentukan pelakunya.
 - c. Segera melapor ke petugas keamanan (Polisi) dengan membawa bukti-bukti tersebut (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).
 3. Sikap terhadap korban perkosaan
Sikap yang seharusnya diberikan masyarakat kepada korban perkosaan:
 - a. Menumbuhkan kepercayaan diri bahwa hal ini bukan kesalahannya.
 - b. Menghargai kemauannya untuk menjaga privasi dan keamanannya.
 - c. Memotivasi untuk semangat menatap masa depannya.
 - d. Mendampingi untuk periksa ke tenaga kesehatan atau melapor ke pihak berwajib (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012).
 4. Penanganan
Tugas tenaga kesehatan saat mendapatkan kasus korban perkosaan adalah sebagai berikut:
 - a. Bersikap dengan santun, tidak menyalahkan dan penuh perhatian,

- b. Memberikan asuhan untuk menangani kesehatan korban, mengobati luka cidera, dan memberikan alat kontrasepsi darurat.
- c. Mencatat semua hasil pemeriksaan sebagai bukti
- d. Memberikan asuhan psikologis dengan menjadi orang yang dipercaya korban dan memberikan motivasi agar korban bisa bangkit kembali dan menatap masa depannya.
- e. Membantu korban dalam membuat keputusan.
- f. Membantu untuk memberitahu orang tua atau keluarga korban (Marmi, 2013; Prijatni and Rahayu, 2016)

Upaya promotif yang dapat dilakukan petugas kesehatan untuk menghindari terjadinya perkosaan:

- a. Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan untuk membantu korban perkosaan untuk memberikan layanan kesehatan dan dukungan bila ingin melapor ke polisi.
- b. Memberikan edukasi seksual pada remaja dan anak-anak perempuan.
- c. Sosialisasi hukum terkait pemerkosaan pada masyarakat.
- d. Edukasi dan bekerjasama dengan pihak terkait tentang teknik bela diri bagi wanita.

8.4 Pelecehan seksual

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah pelecehan seksual:

1. Mencari informasi terkait pelecehan seksual
2. Berani mengatakan tidak (menolak)
3. Menyebarkan informasi terkait pelecehan seksual kepada wanita khususnya dan masyarakat luas.
4. Bersedia menjadi saksi.
5. Membantu korban pelecehan seksual.
6. Membentuk kelompok-kelompok solidaritas terhadap korban pelecehan seksual.
7. Melakukan kampanye tentang jaminan keamanan perempuan.
8. Melakukan kampanye penegakan hukum bagi hak-hak perempuan.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan bila menjadi korban pelecehan seksual:

1. Catat semua tentang kejadian yang dialami secara detail, ciri-ciri pelaku atau identitas pelaku, kronologis kejadian, lokasi, waktu, saksi dan yang dilakukan serta ucapan-ucapan pelaku.
2. Menceritakan kejadian pelecehan seksual pada orang lain, seperti teman dekat, keluarga, guru atau siapa saja yang dapat dipercaya.
3. Memberi pelajaran kepada pelaku.
4. Melaporkan kejadian pelecehan seksual pada pihak berwajib.
5. Mencari bantuan segera kepada masyarakat sekitar (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013; Kemenhumkam RI, 2016).

8.5 Single parent

Upaya pencegahan *single parent* dan dampak negatif dari *single parent*:

1. Menghindari terjadinya kehamilan diluar nikah.
2. Menghindari perceraian, dengan mempersiapkan pernikahan yang baik dari secara psikologis, ekonomi dan spritual.
3. Menjaga komunikasi yang baik dengan pasangan dan anggota keluarga lainnya.
4. Menciptakan kebersamaan antar anggota keluarga.
5. Peningkatan kegiatan spritual dalam keluarga (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012).

Hal-hal yang perlu dilakukan oleh orang tua tunggal (*single parent*) :

1. Keterbukaan
Menjadi orangtua tunggal atau *single parent* (janda/duda) bukanlah hal yang memalukan dan harus ditutupi di masyarakat. Seharusnya ketika ada penilaian negatif dari masyarakat justru seorang *single parent* harus mampu menunjukkan bahwa menjadi *single parent* bukanlah sesuatu yang buruk.
2. Mengisi waktu dengan hal-hal yang bermanfaat
Seorang *single parent* pasti akan merasakan kehilangan atau kesepian, apalagi saat menghadapi suatu masalah. Supaya perasaan ini muncul, sebaiknya seorang *single parent* dapat

mengisi waktunya dengan hal-hal yang bermanfaat bagi dirinya, keluarga dan masyarakat.

3. Membuka diri untuk masa depan

Sebagian individu tidak siap untuk menjadi orangtua tunggal (*single parent*), sehingga membutuhkan teman bicara untuk sekedar menceritakan perasaan yang dialaminya. Bercerita dengan teman atau sekelompok orang yang bernasib sama akan membuat pikiran kita lebih terbuka dan membuka diri untuk hidup selanjutnya, tetapi tetap harus memilah teman yang baik dan dipercaya untuk berbagi (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Romauli and Vindari, 2014).

8.6 Perkawinan usia muda dan tua

Pernikahan di usia muda (<20 tahun) dan usia tua (>35 tahun) akan menjadi faktor risiko saat masa kehamilan dan persalinan. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya pernikahan usia muda:

1. Memberikan edukasi dini pada remaja tentang seks dan risiko pernikahan pada usia muda dan mensosialisasikan undang-undang pernikahan.
2. Memberikan edukasi kepada orang tua dan masyarakat tentang faktor risiko yang akan dihadapi oleh anaknya bila menikah muda
3. Bekerjasama dengan tokoh masyarakat, toko agama dan kantor urusan agama (KUA) untuk memberikan edukasi dan menerapkan aturan sesuai dengan undang-undang pernikahan (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

Penanganan yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan (bidan) bila menemukan kasus pernikahan usia muda:

1. Menunda kehamilan. Penundaan kehamilan atau pendewasaan usia kehamilan dapat dilakukan dengan penggunaan kontrasepsi sehingga kehamilan dapat terjadi pada usia reproduksi sehat.
2. Memberikan bimbingan psikologis pada pasangan usia muda. Bimbingan ini dapat membantu pasangan dalam menghadapi

masalah-masalah dalam rumah tangganya dengan cara pandang kedewasaan tidak dengan mengedepankan emosional.

3. Edukasi keluarga untuk selalu mendukung pasangan usia muda. Dukungan keluarga sangat membantu agar pasangan ini lebih tahan menghadapi masalah. Bentuk dukungan ini bisa berupa material maupun non material.
4. Peningkatan kesehatan bagi isteri yang mengalami anemia dan kekurangan gizi dengan memberikan edukasi tentang nutrisi seimbang dan memberikan tablet tambah darah (TTD) (Manuaba IAC, 2009; Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

Pencegahan yang dapat dilakukan bidan dalam mencegah pernikahan usia tua:

1. Memberikan edukasi tentang usia reproduksi sehat untuk hamil yaitu pada usia produktif (>20 tahun atau <35 tahun), misal: kerugian atau risiko yang akan dihadapi oleh wanita bila hamil diatas usia 35 tahun.
2. Mengubah cara pandang budaya atau cara pandang diri yang tidak mendukung.

Penanganan pada wanita hamil usia tua:

1. Memberikan konseling persiapan sebelum hamil.
Konseling pra kehamilan yang dapat dilakukan bidan misalnya dengan menganjurkan ibu untuk mengonsumsi vitamin tertentu dan asam folat dua atau tiga bulan sebelum kehamilan. Hal ini untuk mencegah terjadinya pembentukan janin yang tidak sempurna.
2. Mengawasi kesehatan ibu.
Pengawasan ini bisa dilakukan bidan dengan menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilan (*antenatal care*) secara rutin sesuai dengan standar kementerian kesehatan dengan minimal 6 kali kunjungan atau satu kali setiap bulannya agar bidan dapat menemukan atau mendeteksi secara dini bila terdapat kelainan pada ibu hamil tersebut.

3. Memberikan edukasi tentang nutrisi seimbang, bahaya rokok, minuman beralkohol dan obat-obatan narkotika bagi kesehatan diri dan bayi yang dikandungnya.
4. Meningkatkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) bagi ibu dan suami (istirahat cukup, olahraga teratur, mengontrol kenaikan berat badan dan menghindari stres)(Manuaba IAC, 2009; Marmi, 2013).

8.7 Wanita di tempat bekerja

Wanita yang bekerja mempunyai risiko terhadap kesehatan reproduksinya. Upaya yang dapat dilakukan bidan pada wanita bekerja:

1. Bekerja dengan menggunakan alat pelindung diri
Perlindungan diri terhadap bahaya-bahaya terhadap zat-zat kimia dengan menggunakan masker, sarung tangan, tutup kepala dan baju khusus.
2. Melakukan cek kesehatan secara berkala.
Pengecekan kesehatan pada pekerja sebaiknya dilakukan pada awal bekerja, berkala dan khusus (bila ditemukan gejala atau keluhan).
3. Menghindari hal-hal yang dapat mengundang pelecehan seksual, pemerkosaan dan kekerasan.
Tidak menumpang kendaraan sendirian, sekalipun ditawari tanpa di dampingi atau bersama teman lainnya, berani berkata tidak walaupun pada atasan, dan tidak melakukan aktifitas hanya berdua saja dengan lawan jenis (lembur atau dinas luar).
4. Menggunakan hak-hak cuti yang diberikan tempat bekerja dengan baik.
Hak cuti sakit, cuti haid, cuti hamil dan melahirkan, hak menyusui dan hak lainnya.
5. Menetapkan target usia menikah.
6. Tetap menjaga komunikasi yang baik dengan keluarga.
Mencurahkan perhatian khusus pada keluarga pada saat libur dengan kualitas maksimal (Kusmiran, 2012; S Everett, 2017; Sibagariang E, E and A, 2022).

8.8 Incest

Upaya yang dapat dilakukan bidan dalam pencegahan kasus *incest*:

1. Melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang faktor penyebab dan akibat dari *incest*.
2. Waspada dalam mengasuh anak. Tidak membiarkan anak di rumah hanya berduaan dan di asuh anggota keluarga yang berlainan jenis.
3. Memisahkan tempat tidur antara anak perempuan dan laki-laki atau dengan ayah sejak dini (usia 3 tahun).
4. Tidak mengabaikan kata hati tiap ada gelagat yang menjurus pada tindakan pelecehan seksual.
5. Membangun keluarga dengan suasana harmonis dan komunikatif
6. Melaporkan pada aparat hukum bila mengalami pelecehan seksual walaupun dilakukan oleh keluarga sendiri (Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

8.9 Homeless

Dalam menanggulangi kasus *homeless* atau tuna wisma atau gelandangan ada tiga upaya yang dapat dilakukan:

1. Upaya pencegahan: Penyuluhan dan konseling, pendidikan dan pelatihan keterampilan, pengawasan dan pembinaan lanjut
2. Upaya penghentian: penertiban oleh aparat pemerintah, penampungan dan pelimpahan.
3. Upaya rehabilitatif: Pembangunan rumah yang sangat sederhana, pengadaan rumah singgah dan pemberian pelatihan keterampilan dan pendidikan dan transmigrasi (Marmi, 2013).

8.10 Wanita di pusat rehabilitasi

Upaya rehabilitasi yang dapat dilakukan pada wanita di pusat rehabilitasi antara lain dengan memberikan bimbingan spritual sesuai dengan agama dan kepercayaan individu, bimbingan sosial, latihan keterampilan, pendidikan kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan pribadi.

Wanita di pusat rehabilitasi yang mengalami korban kekerasan dan trauma psikologis dapat diberikan upaya untuk membangun dan

meningkatkan rasa percaya diri dengan terapi psikologis (Manuaba IAC, 2009; Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

8.11 Pekerja seks komersial (PSK)

Penanggulangan PSK atau prostitusi dilakukan dengan upaya:

1. Preventif
 - a. Penyempurnaan undang-undang larangan atau pengaturan penyelenggaraan prostitusi.
 - b. Koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk pencegahan prostitusi.
 - c. Peningkatan pendidikan spritual atau agama.
 - d. Mencari kesibukan sebagai penyaluran energi yang positif.
 - e. Memperluas lapangan kerja.
 - f. Edukasi seks terutama bahaya melakukan seks bebas.
 - g. Penyitaan buku, film, gambar porno dan penutupan akun pornografi di medsos dan youtube.
 - h. Meningkatkan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat (Marmi, 2013; Romauli and Vindari, 2014).

2. Refresif dan kuratif
Resresif dan kuratif, menekan, menghapuskan dan menyembuhkan perempuan dari ketunasusilaannya dengan :
 - a. Melakukan pengawasan dan kontrol yang sangat ketat terhadap suatu lokalisasi yang di tafsirkan sebagai legaliasasi.
 - b. Melakukan aktivitas rehabilitasi dan resosialisasi
 - c. Penyempurnaan tempat penampungan dan pembinaan yang sudah ada.
 - d. Pelayanan medis yang baik: Pemberian pengobatan
 - e. Membuka lapangan kerja baru yang halal dan bisa meningkatkan ekonomi.
 - f. Pendekatan keluarga.
 - g. Mencarikan pasangan hidup.
 - h. Pemerataan penduduk dan perluasan lapangan kerja, misal: transmigrasi (Manuaba IAC, 2009; Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

Peran bidan sebagai petugas kesehatan:

1. Memberikan asuhan atau pelayanan kesehatan yang baik dan sopan. Tidak membedakan kelompok PSK dengan masyarakat lainnya.
2. Belajar membuat diagnosis dan berkolaborasi dengan dokter dalam pengobatan PMS.
3. Mengenal berbagai jenis obat PMS dan berkordinasi dalam pengadaan alat kontrasespi terutama pengadaan kondom yang cukup dan rutin diberikan secara gratis.
4. Memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan termasuk alat kontrasepsi, perawatan PMS dan obat yang terjangkau serta penanggulangan obat terlarang (Marmi, 2013; S Everett, 2017).

8.12 Druge abuse

Drug abuse atau obat-obat terlarang mempunyai dampak negatif baik bagi dirinya sendiri dan orang di sekitarnya. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah agar generasi muda tidak semakin terjerumus adalah dengan:

1. Melakukan kerjasama dengan pihak terkait untuk memberikan penyuluhan tentang bahaya narkoba. Misalnya: badan narkotika nasional (BNN), BKKBN. Bentuk penyuluhan atau pemberian informasi ini bisa berupa webinar, seminar, membagikan poster atau *leaflet* anti narkoba dan temu wicara antara sukarelawan gerakan anti narkoba dengan kelompok remaja, pelajar atau mahasiswa dan masyarakat umu.
2. Mengadakan razia mendadak secara rutin. Razia mendadak ini perlu dilakukan agar bisa menjaring pelaku pengedar dan pengguna narkoba. Razia ini dilakukan di tempat-tempat umum dan pribadi, seperti sekolah-sekolah, diskotik, club malam, cafe ataupun tempat-tempat lainnya yang di curigai ada pengedar dan pengguna narkoba.
3. Pendampingan dari orangtua untuk memberikan kasih sayang pada anaknya. Kurang kasih sayang dari ortu menjadi salah satu penyebab remaja menggunakan *drug abuse*, dengan kasih sayang dan perhatian dari orangtuanya diharapkan remaja tersebut bisa berhenti menggunakan zat berbahaya ini.

4. Pihak sekolah diharapkan dapat melakukan pengawasan ketat kepada peserta didiknya. Pengedaran narkoba menurut beberapa penelitian paling banyak terjadi di lingkungan sekolah atau kampus.
5. Pendidikan moral dan pemahaman spritual (agama) harus lebih ditekankan pada pelajar, agar mereka tidak mudah terjerumus ke perbuatan tercela dan di larang agama(Kumalasari I and Andhyantoro I, 2012; Marmi, 2013).

Remaja yang telah terlanjur menggunakan narkoba perlu dilakukan upaya penyembuhan (*treatment*), meliputi fase:

1. Fase penerimaan awal (*initial intake*) antara 1-3 hari dengan melakukan pemeriksaan fisik dan mental.
2. Fase detoksikasi dan terapi komplikasi medik, antara 1-3 minggu untuk melakukan ketergantungan bahan-bahan adiktif secara bertahap(Marmi, 2013).

Upaya untuk merehabilitasi mereka yang sudah memakai dan dalam proses penyembuhan, berfokus pada:

1. Fase stabilisasi, antara 3-12 bulan. Pada fase ini digunakan untuk mempersiapkan pengguna untuk kembali ke masyarakat
2. Fase sosialisasi dalam masyarakat, fase ini bermanfaat agar pengguna dapat diterima kembali dan melanjutkan kehidupannya di masyarakat. Kegiatan pada tahap ini berupa konseling, membuat kelompok-kelompok dukungan dan mengembangkan kegiatan lain sebagai kegiatan alternatif (Marmi, 2013; Romauli and Vindari, 2014; Prijatni and Rahayu, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenhumkam RI. 2016. 'Undang-Undang perlindungan anak No 17 tahun 2016', *BPK RI*, November. Available at: peraturan.bpk.go.id.
- Kumalasari I and Andhyantoro I. 2012. *Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusmiran, E. 2012. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manuaba IAC. 2009. *Memahami kesehatan reproduksi wanita*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2013. *Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Prijatni, I. and Rahayu, S. 2016. *Kesehatan Reproduksi dan keluarga berencana*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Romauli, S. and Vindari, A. V. 2014. *Kesehatan Reproduksi buat Mahasiswi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- S Everett. 2017. *Kontrasespsi dan kesehatan seksual reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Sibagariang E, E, G. and A, S. 2022. *Kesehatan Reproduksi Tenaga Kerja*. Jakarta: Trans Info Media.

BIODATA PENULIS



Ernawati Anggraeni, SST., MM

Dosen tetap di Perguruan Tinggi Universitas dr. Soebandi Jember Program Studi S1 Kebidanan

Penulis lahir di Jember 03 Maret 1989. Penulis merupakan dosen tetap Universitas dr. Soebandi Jember Program Studi S1 Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Universitas Kadiri lulus tahun 2011, pendidikan D-IV Kebidanan Pendidik di Universitas Kadiri tahun 2013, dan Sekarang masih menempuh Program Magister Kesehatan di Universitas Airlangga.

BIODATA PENULIS



Rani Fitriani, S.ST.,M.Kes

Dosen aktif sekaligus Direktur di Akademi Kebidanan An Nur Husada
Walisongo Kotabumi Lampung Utara

Penulis Lahir di Batang Hari Ogan pada tanggal 08 Juni 1996. Saat ini penulis merupakan dosen aktif sekaligus Direktur di Akademi Kebidanan An Nur Husada Walisongo Kotabumi Lampung Utara. Penulis telah menyelesaikan pendidikan formal Magister Kesehatan Masyarakat dengan Minat Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia. Buku ini merupakan buku pertama yang ditulis oleh penulis, dengan harapan buku ini merupakan buku kesehatan reproduksi wanita yang dapat bermanfaat bagi pembaca dan tentunya bisa di jadikan referensi dalam penulisan buku selanjutnya.

BIOADATA PENULIS



Ayuk Naimah, S.ST.,M.KES

Dosen tetap di Prodi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Bakti Indonesia Banyuwangi

Penulis lahir di banyuwangi 02 November 1989. Penulis adalah dosen tetap di Prodi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bakti Indonesia Banyuwangi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Universitas Kadiri Tahun 2010, pendidikan D4 di Universitas Kadiri Tahun 2011 dan Lulus Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Ilmu Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia lulus pada Tahun 2016.

BIODATA PENULIS



Eva Mesi Setiana, S.ST.,M.Kes

Dosen aktif di Akademi Kebidanan An Nur Husada Walisongo
Kotabumi Lampung Utara

Penulis adalah dosen aktif di Akademi Kebidanan An Nur Husada Walisongo Kotabumi Lampung Utara. Penulis lahir di Jawa Tengah tanggal 15 Mei 1990. Penulis telah menempuh pendidikan D3 Kebidanan di Stikes Abdi Nusantara Jakarta Timur, kemudian melanjutkan D4 Kebidanan di Universitas Respati Jakarta Timur. Penulis juga telah menyelesaikan program magister kesehatan masyarakat di Universitas Malahayati Bandar Lampung. Harapan penulis, semoga buku ini bermanfaat untuk semua pembaca.

BIODATA PENULIS



Siti Sulaimah S.ST.,M.Kes

Dosen aktif di Akbid An Nur Husada Walisongo Kotabumi Lampung Utara

Penulis lahir di Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 09 Desember 1991. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen aktif di Akbid An Nur Husada Walisongo Kotabumi Lampung Utara sejak tahun 2018 hingga sekarang. Penulis telah menyelesaikan studi D3 dan D4 nya di Universitas Malahayati Bandar Lampung Tahun 2015, kemudian melanjutkan Studi S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati dan lulus pada tahun 2017. Buku ini merupakan karya pertama penulis, harapan dari penulis semoga buku ini bermanfaat untuk para pembaca serta bisa dijadikan referensi dalam penulisan artikel ilmiah lainnya.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com

BIODATA PENULIS:



Yetti Purnama,S.ST.,M.Keb

Staf Dosen Prodi D3 Kebidanan Universitas Bengkulu

Penulis lahir di Manna, Bengkulu Selatan tanggal 30 Mei 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Matematika dan ilmu pengetahuan alam, Universitas Bengkulu. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan D4 Bidan Pendidik di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.